**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA**

**DO PUNKTU / ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W PRZELEWICACH**

**NA ROK SZKOLNY 2024/2025**

(Wniosek wypełniają rodzice lub opiekunowie prawni dziecka. Wniosek o przyjęcie należy wypełnić drukowanymi literami. Przy oznaczeniu \* skreślić niewłaściwe)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Liczba deklarowanych godzin pobytu dziecka  w punkcie/oddziale przedszkolnym | 5 godzin bezpłatnych | ……. godzin (max 4) |
| 2. | Deklaruję pobyt dziecka w punkcie/oddziale przedszkolnym w następujących godzinach | od ………………... | do ……………….. |

Punkt/oddział przedszkolny czynny w godzinach od 7:00 do 16:00

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | Drugie imię | | | |  | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  | |  |  | |  | | |  |  | |  |  |
| Data urodzenia |  | | | | Miejsce urodzenia | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | Nr domu | |  | | Nr mieszkania | | | |  | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | Poczta | | | |  | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | Powiat | | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH RODZICÓW DZIECKA/**  **OPIEKUNÓW PRAWNYCH** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | | | |
| Imię |  | Nazwisko | |  | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | |
| Miejscowość |  | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta | |  | |
| Gmina |  | Powiat | |  | |
| Telefon komórkowy |  | Adres e-mail | |  | |
| **MIEJSCE ZATRUDNIENIA** | | | | | |
| Nazwa firmy |  | | | | |
| Adres firmy |  | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | | |
| Imię |  | Nazwisko | |  | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | |
| Miejscowość |  | Nr domu |  | Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta | |  | |
| Gmina |  | Powiat | |  | |
| Telefon komórkowy |  | Adres e-mail | |  | |
| **MIEJSCE ZATRUDNIENIA** | | | | | |
| Nazwa firmy |  | | | | |
| Adres firmy |  | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA PRZYJĘĆ**  **(w przypadku spełniania danego kryterium proszę postawić znak „X”)** | | |
| **Kryteria obowiązkowe**  **(**art. 131 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U.2021.1082) | | |
| 1. | Wielodzietność rodziny kandydata  *załącznik: oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata.* |  |
| 2. | Niepełnosprawność kandydata  *załącznik: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy  z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* |  |
| 3. | Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata  *Załącznik: orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* |  |
| 4. | Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata  *załącznik: orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* |  |
| 5. | Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata  *załącznik: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy  z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* |  |
| 6. | Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie  *załącznik: prawomocny wyrok sądu rodzinnego orzekający rozwód lub separację lub akt zgonu oraz oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka oraz niewychowywaniu żadnego dziecka wspólnie z jego rodzicem).* |  |
| 7. | Objęcie kandydata pieczą zastępczą  *załącznik: dokument potwierdzający objęcie dziecka pieczą zastępczą zgodnie  z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.* |  |
| **Kryteria dodatkowe** | | |
| 1. | dziecko obojga rodziców pracujących zawodowo  *załącznik: oświadczenia o zatrudnieniu.* |  |
| 2. | dziecko potrzebujące wydłużonej opieki przedszkolnej ponad czas realizacji podstawy programowej, czyli powyżej 5 bezpłatnych godzin |  |
| 3. | dziecko rodziców pobierających zasiłek rodzinny z Ośrodka Pomocy Społecznej  *załącznik: zaświadczenia o pobieraniu zasiłku rodzinnego* |  |
| 4. | dziecko z rodziny, w której jeden z rodziców pracuje zawodowo  *załącznik: oświadczenie o zatrudnieniu* |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O DZIECKU** |
| Informacje o stanie zdrowia dziecka mogące mieć znaczenie podczas pobytu dziecka w punkcie/oddziale przedszkolnym: |

**Pouczenia:**

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do Punktu/Oddziału Przedszkolnego   
w Przelewicach na rok szkolny 2024/2025.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………… | ……………………………….. | ………………………………… |
| data | podpis matki/opiekunki prawnej | podpis ojca/ opiekuna prawnego |

1. Administratorem danych osobowych zawartych w składanym wniosku jest Szkoła Podstawowa im. Jana Brzechwy, Kłodzino 37, 74 -210 Przelewice. Szkołą zarządza Dyrektor. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu: 91 5643111; adresu e-mail: [klodzinoefs@wp.pl](mailto:klodzinoefs@wp.pl)
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pomocą telefonu: +48 608 442 652 lub adresu e-mail: [bkaniuk@proinspektor.pl](mailto:bkaniuk@proinspektor.pl)
3. Dane osobowe kandydatów oraz rodziców kandydatów przetwarzamy w celu przeprowadzenia rekrutacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe.
4. Odbiorcami do których mogą być przekazane Pani/Pana dane osobowe będą organy, właściwe do załatwienia sprawy na mocy przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt. 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo: dostępu do treści danych oraz ich sprostowania; ograniczenia przetwarzania danych lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, usunięcia lub cofnięcia zgody, w przypadku, w którym przetwarzanie danych odbywa się na podstawie udzielonej zgody; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W celu uczestniczenia w rekrutacji jest Pani/Pan zobowiązana/y do podania danych. Niepodanie danych skutkuje odmową uczestnictwa w rekrutacji.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższymi informacjami.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………… | ……………………………….. | ………………………………… |
| data | podpis matki/opiekunki prawnej | podpis ojca/ opiekuna prawnego |