**WNIOSEK (5 – latki)**

**O PRZYJĘCIE DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

**w Publicznej Szkole Podstawowej im. Batalionów Chłopskich**

**w Starych Zawadach**

**w roku szkolnym 2017/2018**

1. **DANE DZIECKA**
2. Imiona i nazwiska dziecka …………………………………………………………..
3. Adres zamieszkania/ adres zameldowania:

 ……………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………….………………………

1. Odległość od miejsca zamieszkania do szkoły: …………………………………….
2. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………….
3. PESEL ……………………………………………………………………………….
4. Dodatkowe ważne informacje o dziecku np. stałe choroby, wady rozwojowe, alergie, inne ……………………………………………………………………………………...
5. Czy dziecko posiada opinie o kształceniu specjalnym, opinię o wczesnym wspomaganiu tak/nie (w przypadku posiadania w/w dokumentu należy dołączyć kopię w załączeniu).
6. **DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| **MATKA/OPIEKUN** | **OJCIEC/OPIEKUN** |
| 1. Imię i nazwisko matki/opiekuna
 | 1. Imię i nazwisko ojca/opiekuna
 |
| 1. Adres zamieszkania matki
 | 1. Adres zamieszkania ojca
 |
| 1. Telefon kontaktowy
 | 1. Telefon kontaktowy
 |

Upoważniam następujące osoby do odbioru mojego dziecka z oddziału przedszkolnego

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

………………………. …………………………………………

miejsce i data podpis matki/opiekuna i ojca/opiekuna

**Kryteria ustawowe** (proszę wpisać „*tak”* lub „*nie dotyczy”*):

1. wielodzietność rodziny kandydata (oznacza rodzinę wychowującą troje

 i więcej dzieci) …………………………….........................................

1. niepełnosprawność kandydata ………………………………….......
2. niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata …………………
3. niepełnosprawność obojga rodziców kandydata ………………........
4. niepełnosprawność rodzeństwa kandydata …………………………
5. samotne wychowywanie kandydata w rodzinie …………………….
6. objęcie kandydata pieczą zastępczą …………………………………

Kolejność wybranych publicznych przedszkoli, szkół (oddziałów przedszkolnych)

w porządku od najbardziej do najmniej preferowanych – nie więcej niż 3 (***należy wypełnić, jeżeli zostały złożone wnioski również do innych placówek na terenie Gminy Jedlińsk***):

1. …………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem***

*……………………………………………………….*

 *(czytelny podpis matki/ojca)*