

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIĄ DO KLASY.....  
NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ AKADEMII ROSENBERGA  
NA ROK SZKOLNY 20..../20....**

*Wszystkie pola proszę wypełnić pismem drukowanym*

**Dane osobowe dziecka**

Imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce urodzenia

**Adres zameldowania dziecka, jeśli jest inny niż adres zamieszkania**

Ulica

nr domu

nr lokalu

Kod

--	--	--	--	--	--

Miejscowość

Województwo

Powiat

Gmina

**Adres zamieszkania dziecka**

Ulica

nr domu

nr lokal

tel. stacjonarny

Kod

--	--	--	--	--	--

Miejscowość

Województwo

Powiat

Gmina

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIĄ DO KLASY.....  
NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ AKADEMII ROSENBERGA  
NA ROK SZKOLNY 20..../20....**

**Dane rodziców/opiekunów:**

Imię

Nazwisko

Telefon (matki)

Imię

Nazwisko

Telefon (ojca)

Adres kontaktowy e-mail:

*Wypełnia rodzic, którego dziecko zameldowane jest poza obwodem szkoły*

**Dane o macierzystej szkole obwodowej**

Pełna nazwa i adres szkoły podstawowej (rejonowej)

Pełna nazwa i adres szkoły podstawowej (do której dziecko uczęszczało)

**Zainteresowania ucznia**

Określ swoje zainteresowania; spośród podanych podkreśl dwa lub wpisz inne:

Sport (dyscyplina - .....), przyroda, turystyka, poezja, teatr,  
publicystyka, historia, plastyka, muzyka, matematyka, inne:.....

1. Czy jesteście Państwo zainteresowani szkolnym ubezpieczeniem dziecka od następstw nieszczęśliwych wypadków (koszt ubezpieczenia pokrywają rodzice)?  
Składka wynosi w tym roku 50 zł

Tak

Nie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIĄ DO KLASY.....  
NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ AKADEMII ROSENBERGA  
NA ROK SZKOLNY 20..../20....**

2. Czy dziecko będzie korzystało ze szkolnych obiadów?

zupa i drugie danie

zupa

drugie danie

3. Czy dziecko:

jest przewlekle chore

ma alergię pokarmową

jeśli tak, to jakie informacje chcecie Państwo przekazać

.....

4. Czy dziecko w ramach prywatnego ubezpieczenia korzysta z opieki przychodni,  
z pomocy której (w razie potrzeby) szkoła miałaby skorzystać?  
Jeżeli tak, prosimy o podanie nazwy przychodni oraz telefonu kontaktowego.

.....

**Prosimy dodatkowo o wypełnienie:**

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych w karcie, w systemach informatycznych szkoły oraz organów uprawnionych do nadzoru nad jednostkami oświatowymi. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz.926 z późniejszymi zmianami)

.....

data i czytelny podpis rodziców  
( prawnych opiekunów)

Wyrażam zgodę na publikację zdjęć dziecka z imprez i uroczystości szkolnych na stronie internetowej promującej placówkę oraz w ramach przekazywania informacji o pracy dydaktyczno – wychowawczej szkoły.

.....

data i czytelny podpis rodziców  
( prawnych opiekunów)

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis rodziców