**ZGŁOSZENIE**

**ucznia do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej**

**w Zbrachlinie w roku szkolnym 2024/2025**

Proszę o przyjęcie dziecka z obwodu szkolnego **do klasy pierwszej** Szkoły Podstawowej
w Zbrachlinie.

***Wszystkie pola proszę wypełnić pismem drukowanym***

**DANE DZIECKA**

**Dane osobowe dziecka**

Imię Drugie imię Nazwisko

PESEL

Data urodzenia Miejsce urodzenia

**Adres zamieszkania dziecka**

Ulica nr domu nr lokalu

Kod Miejscowość

Województwo Powiat Gmina

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

Ulica nr domu nr lokal tel. stacjonarny

Kod Miejscowość



Województwo Powiat Gmina

**Dane rodziców/opiekunów:**

Imię Nazwisko Telefon (matki)

Imię Nazwisko Telefon (ojca)

 **Dodatkowe informacje:**

|  |  |
| --- | --- |
| Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, numer orzeczenia |  |

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam życzenie uczestniczenia mojego dziecka w lekcjach **religii / etyki\***.

\*niepotrzebne skreślić

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

**Kryteria przyjęcia -** (w przypadku spełniania danego kryterium proszę postawić znak „X”)

|  |
| --- |
| **Kryteria obowiązkowe** |
| 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. | Kandydat uczęszczał w poprzednim roku szkolnym odpowiednio do przedszkola, oddziału przedszkolnego lub szkoły podstawowej na terenie Gminy Waganiec |  |
| 2. | Rodzeństwo kandydata w roku szkolnym, na który prowadzona jest rekrutacja, uczęszcza lub będzie uczęszczało do tej szkoły |  |
| 3. | Ubieganie się o przyjęcie kandydata do szkoły zlokalizowanej najbliżej miejsca zamieszkania lub miejsca pracy jednego z rodziców |  |
| 4. | W obwodzie szkoły, do której składany jest wniosek, zamieszkują krewni dziecka wspierający rodziców/opiekunów prawnych w zapewnieniu mu należytej opieki |  |

**Pouczenie:**

 Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny ( Dz. U. 2021.0.2345 )

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

Proszę dostarczyć następujące dokumenty:

* bilans dziecka 6-letniego ( w przypadku korzystania z usług zdrowotnych w Przychodni innej niż w Zbrachlinie)
* 1 zdjęcie (do legitymacji szkolnej)
* informacja o gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole podstawowej wystawiona przez placówkę, w której dziecko realizowało przygotowanie przedszkolne

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z podstawowymi zadaniami szkoły, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. , poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

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

Zgodnie z art. 23 KC oraz art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 04.02.1994 o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2000 r. nr 80, poz. 904 z późn. zm.) **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**\* na publikację wizerunku mojego dziecka jako uczestnika imprez sportowo-turystycznych, zawodów sportowych, konkursów, uroczystości szkolnych i innych działań, których organizatorem jest Zespół Szkół w Zbrachlinie.

**\*niepotrzebne skreślić**

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

**Decyzja Komisji Rekrutacyjnej**

Komisja Rekrutacyjna na posiedzeniu w dniu …..........................................zakwalifikowała dziecko……………………………………. po uzyskaniu ilości punktów ...................

Nie zakwalifikowała dziecka z powodu .............................................................................................................

Podpisy Członków Komisji: Podpis Przewodniczącego: