

Zespół Szkół Specjalnych nr 1 Gdańsku
Szkoła Podstawowa Specjalna nr 63
w Gdańsku

80-251 Gdańsk - Wrzeszcz ul. St. Batorego 26,
tel. 58 341 –23 – 63, fax 58 341 – 03– 78
e-mail: sekretariat@zss1.edu.gdansk.pl

PODANIE - KWESTIONARIUSZ

Proszę o przyjęcie mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko)

do klasy Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 63 w Gdańsku

w roku szkolnym 20...../20.....

Gdańsk , dnia.....

.....
Podpis rodziców / opiekunów prawnych

Pieczętka szkoły

Wyrażam zgodę :

.....
Podpis Dyrektora

Proszę wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

1. Dane ucznia/uczennicy:

..... <i>imię pierwsze</i> <i>imię drugie</i>
-------------------------------	-----------------------------

..... <i>nazwisko</i>

..... - - <i>dzień miesiąc rok urodzenia</i> <i>numer ewidencyjny PESEL</i>
---	---

..... <i>miejsce urodzenia</i> <i>województwo</i>
-----------------------------------	-----------------------------

Adres zameldowania:

..... - <i>kod pocztowy</i> <i>miejsowość</i>
--------------------------------------	----------------------------

..... <i>ulica</i> <i>nr domu</i> <i>nr mieszkania</i>
-----------------------	-------------------------	-------------------------------

Adres zamieszkania: (należy wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż zameldowania)

..... - <i>kod pocztowy</i> <i>miejsowość</i>
--------------------------------------	----------------------------

..... <i>ulica</i> <i>nr domu</i> <i>nr mieszkania</i>
-----------------------	-------------------------	-------------------------------

2. Dane rodziców/prawnych opiekunów ucznia/uczennicy:

..... <i>imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna</i>
--

..... <i>imię i nazwisko matki/prawnej opiekunki</i>

Kontakt:

numer telefonu domowego:	
numer telefonu ucznia	
komórkowy ojca:	komórkowy matki:

3. Informacje dotyczące oczekiwań edukacyjnych (właściwe zaznaczyć X)

1. Czy wyrażają Państwo zgodę na udział dziecka w zajęciach psychologiczno-pedagogicznych prowadzonych na terenie szkoły?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2. Czy wyrażają Państwo zgodę na udział dziecka w lekcjach wychowania do życia w rodzinie?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3. Czy dziecko jest pod stałą opieką lekarza specjalisty?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	jakiego.....	

OŚWIADCZENIE

Zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną dot. przetwarzania moich danych oraz powiązanych z nimi danych osobowych mojego dziecka (RODO) umieszczoną na stronie Szkoły tj zss1.edu.gdansk.pl oraz dostępną w sekretariacie Zespołu Szkół Specjalnych nr 1 w Gdańsku.

.....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego

Gdańsk, dnia.....

4. Załączone dokumenty: (właściwe zaznaczyć X)

1. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	<input type="checkbox"/>
2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli posiada)	<input type="checkbox"/>
3. Świadectwo ukończenia klasy.....	<input type="checkbox"/>
4. Akt urodzenia (do wglądu)	<input type="checkbox"/>
5. Trzy zdjęcia legitymacyjne, podpisane	<input type="checkbox"/>
6. Karta zdrowia	<input type="checkbox"/>

.....
Podpis pracownika