

Data wpływu (wypełnia przedszkole):
.....
Podpis.....

Samorządowe Przedszkole Publiczne w Beżycach
ul. Bychawska 15 24 – 200 Beżyce
tel./fax 81 517 20 85

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO PRZEDSZKOLA
na rok szkolny 2017/18**

I. DANE DZIECKA

PESEL	Imię	Drugie imię	Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data urodzenia	Miejsce urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych:

1.....

2.....

Adres zamieszkania dziecka:

.....

Adres zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych:

1.

2.....

Adres poczty elektronicznej i numery telefonów rodziców/opiekunów prawnych:

1.

2.

II. SPEŁNIENIE KRYTERIÓW REKRUTACJI

Kryterium	Proszę wpisać tak lub nie	Ilość punktów (wypełnia przedszkole)
I etap rekrutacji		
Wielodzietność rodziny kandydata		
Niepełnosprawność kandydata		
Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata		
Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata		
Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata		
Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie		
Objęcie kandydata pieczęcią zastępczą		
	Razem	

II etap rekrutacji			
Realizacja przez rodzeństwo kandydata wychowania w przedszkolu, do którego o przyjęcie wnioskuje kandydat			
Praca zawodowa lub nauka rodziców w trybie dziennym:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oboje rodziców ➤ Jedno z rodziców 			
Liczba godzin dziennego pobytu kandydata w przedszkolu			
		Razem	

III. GODZINY POBYTU DZIECKA W PRZEDSZKOLU (wpisać wybrane):

Realizacja bezpłatnej podstawy programowej wychowania przedszkolnego odbywa się w godzinach 8.00 – 13.00 :	(proszę wpisać wybrane godziny)
<ol style="list-style-type: none"> 1. 6.00 – 17.00 2. 6.00 – 16.00 3. 6.00 – 15.00 4. 6.00 – 14.00 5. 6.00 – 13.00 6. 7.00 – 17.00 7. 7.00 – 16.00 8. 7.00 – 15.00 9. 7.00 – 14.00 10. 7.00 – 13.00 11. 8.00 – 17.00 12. 8.00 – 16.00 13. 8.00 – 15.00 14. 8.00 – 14.00 15. 8.00 – 13.00 (ze śniadaniem) 16. <u>8.00 – 13.00 (bez posiłków) bezpłatna podstawa programowa</u> 	
Religia	wpisać TAK lub NIE

IV. Dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym dziecka

.....

Alergie, choroby przewlekłe potwierdzone zaświadczeniami lekarskimi.

Opinie o wczesnym wspomaganie rozwoju, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

V. SZKOŁĄ OBWODOWĄ DLA DZIECKA JEST:

(podać adres do korespondencji – wypełniają rodzice dzieci 6-letnich)

.....

VI. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w „Wniosku o przyjęcie dziecka do przedszkola na rok szkolny 2017/18” dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

Bełżyce, dn.

.....

.....

(czytelny podpis rodziców/opiekunów)