**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA**

**NA ROK SZKOLNY 2024/2025**

Proszę o przyjęcie mojego dziecka do:

- klasy 1 A – z zajęciami szachowymi

- klasy 1 B

Katolickiej Szkoły Podstawowej Stowarzyszenia Przyjaciół Szkół Katolickich im. św. Dzieci z Fatimy w Łodzi w roku szkolnym 2024/2025.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE DZIECKA** | | | |
| Imię / imiona |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| Numer PESEL |  | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | |
| Obywatelstwo |  | | |
| Adres zameldowania ucznia |  | | |
| Adres zamieszkania dziecka:  ulica .................................................................................., nr domu ......................, nr mieszkania ..................., kod pocztowy ..............................., miejscowość .......................................................................,  gmina .............................................................., powiat .............................................................. | | | |
| Szkoła obwodowa: | | | |
| - opinia / orzeczenie Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej\*  - opinia / orzeczenie lekarskie / specjalistyczne\*  *\* należy dołączyć dokument* | | tak | nie |
| tak | nie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH** | | |
|  | Matka /opiekun prawny | Ojciec / opiekun prawny |
| Imię / imiona |  |  |
| Nazwisko |  |  |
| Adres zamieszkania  (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość) |  |  |
| Telefon kontaktowy |  |  |
| Adres mailowy |  |  |
| W przypadku pozbawienia lub ograniczenia władzy  rodzicielskiej, podać kogo i w jakim zakresie dotyczy |  |  |

Dziecko posiada rodzeństwo w naszej placówce (klasa …………) tak nie

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

1. Oświadczam, że dane przedłożone w karcie ucznia są zgodne z aktem urodzenia oraz z informacjami   
 w Ewidencji Ludności w miejscu zameldowania.

2. Zobowiązuję się do dostarczenia wymaganej dokumentacji zgodnie z poniższymi załącznikami.

3. O wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych w KARCIE ZGŁOSZENIA DZIECKA zobowiązuję   
 się powiadomić na piśmie w terminie siedmiu dni od dnia wystąpienia zmiany.

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

podpis matki / opiekunki prawnej podpis ojca / opiekuna prawnego

Załączniki:

1. Dwa zdjęcia do legitymacji szkolnej.
2. Informacja o gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole podstawowej (dotyczy klasy 1).
3. Opinia / orzeczenie z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej.
4. Opinia / orzeczenie lekarskie / specjalistyczne.
5. Świadectwo ukończenia klasy ………………. (dotyczy kandydatów do klas 2 – 8).

**OŚWIADCZENIE**

Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w zgłoszeniu w celu przeprowadzenia procedury rekrutacji oraz statutowej działalności dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczej Katolickiej Szkoły Podstawowej Stowarzyszenia Przyjaciół Szkół Katolickich im. Świętych Dzieci z Fatimy w Łodzi.

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

podpis matki / opiekunki prawnej podpis ojca / opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE O WYKORZYSTANIU WIZERUNKU DZIECKA**

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody *(właściwe podkreślić)*

na wykorzystanie przez Katolicką Szkołę Podstawową Stowarzyszenia Przyjaciół Szkół Katolickich im. św. Dzieci z Fatimy w Łodzi wizerunku mojego dziecka do celów szkolnych, tj. publikacji zdjęć i filmów z uroczystości szkolnych i pozaszkolnych na szkolnej stronie www, na szkolnych tablicach informacyjnych, w kronice szkoły / klasy oraz profilu szkoły na portalach społecznościowych

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

podpis matki / opiekunki prawnej podpis ojca / opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody *(właściwe podkreślić)*

na wykorzystanie przez dziennikarzy prasowych lub telewizyjnych realizujących reportaże w Katolickiej Szkole Podstawowej Stowarzyszenia Przyjaciół Szkół Katolickich im. św. Dzieci z Fatimy w Łodzi wizerunku mojego dziecka do publikacji w środkach masowego przekazu (prasie, telewizji) w celach promocyjnych szkoły.

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

podpis matki / opiekunki prawnej podpis ojca / opiekuna prawnego

Łódź, dnia ……………………….……………………….