

**ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA DZIECKA
(PROSZĘ WYPEŁNIĆ, JEŻELI JEST INNY, NIŻ ADRES ZAMELDOWANIA):**

<i>Ulica</i>	<i>Nr domu</i>	<i>Nr lokalu</i>
<i>Kod pocztowy</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Miejscowość</i>	
<i>Województwo</i>	<i>Powiat</i>	<i>Gmina</i>

II DANE OSOBOWE RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

DANE MATKI/ OPIEKUNKI PRAWNEJ		
<i>Nazwisko</i>	<i>Imię</i>	
ADRES ZAMIESZKANIA		
<i>Ulica</i>	<i>Nr domu</i>	<i>Nr lokalu</i>
<i>Kod pocztowy</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Miejscowość</i>	
AKTUALNE NUMERY TELEFONÓW:		
<i>Domowy</i>	<i>Tel.</i>	
<i>Do pracy</i>	<i>Tel.</i>	
<i>Komórkowy</i>	<i>Tel.</i>	

DANE OJCA/ OPIEKUNA PRAWNEGO		
<i>Nazwisko</i>	<i>Imię</i>	
ADRES ZAMIESZKANIA		
<i>Ulica</i>	<i>Nr domu</i>	<i>Nr lokalu</i>
<i>Kod pocztowy</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Miejscowość</i>	
AKTUALNE NUMERY TELEFONÓW:		
<i>Domowy</i>	<i>Tel.</i>	
<i>Do pracy</i>	<i>Tel.</i>	
<i>Komórkowy</i>	<i>Tel.</i>	

III DOTATKOWE INFORMACJE MOGĄCE WPŁYNAĆ NA FUNKCJONOWANIE DZIECKA W PRZEDSZKOLU (wpisać znak x w odpowiednich kratkach):

INFORMACJE O DZIECKU	
Dziecko rodzica/ opiekuna samotnie wychowującego	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Dziecko rodziców/ opiekunów niepełnosprawnych	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Dziecko rodziców pracujących:	
matka pracuje: tak <input type="checkbox"/> gdzie?.....	nie <input type="checkbox"/>
ojciec pracuje: : tak <input type="checkbox"/> gdzie?.....	nie <input type="checkbox"/>
Dziecko posiadające orzeczenie, opinię wydaną przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Dziecko, które posiada co najmniej dwoje rodzeństwa w wieku szkolnym Imiona, nazwiska i rok urodzenia rodzeństwa:	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Stałe choroby, cukrzyca, wady rozwojowe dziecka, kalectwo, alergie pokarmowe itp. (potwierdzone orzeczeniem lekarskim:)	
POBYT DZIECKA W PRZEDSZKOLU	

Deklarujemy, że dziecko będzie korzystał z opieki przedszkola w danym roku szkolnym w godzinach.....

IV Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w deklaracji są prawdziwe,
- Niezwłocznie powiadomię dyrektora przedszkola o zmianie danych zawartych w deklaracji,
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z rekrutacją do przedszkola zgodnie z art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (Dz. U. UE L119/1 z dnia 4 maja 2016)

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego