



Wpłynęło dnia.....
wypełnia placówka

KATOLICKI ZESPÓŁ EDUKACYJNY W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM

Katolicka Publiczna Szkoła Podstawowa
im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego
ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Św.
Tel. 41247-75-63; 662-078-966
www.katolickasp.ostrowiec.pl e-mail: ksp.ostrowiec@gmail.com

KARTA ZAPISU DZIECKA DO KLASY KATOLICKIEJ PUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego

(Kartę zapisu należy wypełnić drukowanymi literami)

Proszę o przyjęcie dziecka do szkoły w roku szkolnym/.....

I. DANE DZIECKA

Nazwisko i imię

Drugie imię

PESEL _ _ _ _ _

Data urodzenia

Miejsce urodzenia Województwo

Adres

zameldowania:.....

.....

(Ulica, nr domu, nr mieszkania, telefon domowy, kod pocztowy, miejscowość)

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania:

.....

.....

(Ulica, nr domu, nr mieszkania, , kod pocztowy, miejscowość)

II. DANE RODZICÓW

Matka (opiekun prawny).....

Imię/imiiona/nazwisko

Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż dziecka)

(Ulica, nr domu, nr mieszkania, , kod pocztowy, miejscowość)

Adres e-mail: Telefon kontaktowy:

Zawód wykonywany: Miejsce pracy:

Ojciec (opiekun prawny)

Imię/imiiona/nazwisko

Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż dziecka).....

(Ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Adres e-mail: Telefon kontaktowy:

Miejsce pracy:

III.INNE INFORMACJE

1.REJONOWA SZKOŁA PODSTAWOWA:

nazwa

dokładny adres szkoły rejonowej

2.Przedszkole, do którego uczęszczało dziecko:

3. Wykaz szkół podstawowych w Ostrowcu Świętokrzyskim, do których złożono równocześnie wnioski o przyjęcie dziecka, w kolejności od najbardziej do najmniej preferowanego (maksymalnie dwie szkoły):

-
-

4.Czy dziecko uczyło się języka obcego? **TAK/NIE**. Jeżeli TAK, to jakiego?

5. Proszę uzasadnić, dlaczego chce Pani/Pan, aby dziecko uczęszczało do naszej szkoły? *

**Potrzeba wsparcia religijnego w duchu katolickim w wychowywaniu dziecka*

6. Proszę scharakteryzować sylwetkę swojego dziecka (mocne i słabe strony, zainteresowania, umiejętności, osiągnięcia, problemy wychowawcze itp.)

[illegible]

7.Czy dziecko będzie korzystać z obiadów w stołówce szkolnej? **TAK/NIE**

8.Dziecko wychowuje się w rodzinie (podkreślić właściwą odpowiedź):

pełnej, rozbitej, mieszka z ojcem, mieszka z matką, mieszka z prawnym opiekunem

9. Dziecko będzie uczestniczyć w zajęciach pozalekcyjnych – **TAK/NIE**

(proszę podkreślić **obszar- tematyka, który Państwa interesuje** właściwe)

zajęcia matematyczna,
zajęcia przyrodnicze,
zajęcia teatralne,
zajęcia muzyczne,
zajęcia plastyczne/techniczne,
zajęcia taneczne,
zajęcia sportowe,
zajęcia religijne

Proszę podać propozycję innych zajęć dodatkowych:.....
.....
.....

10.Czy dziecko będzie korzystało z opieki na świetlicy szkolnej? **TAK/NIE**

Proszę podać powód:
.....
.....

11.Czy zobowiązujecie się Państwo do współpracy ze szkołą w zakresie uzyskiwania jak najlepszych wyników w nauce i w wychowaniu Waszego dziecka?

TAK / NIE

12.Czy decydujecie się Państwo na współpracę ze szkołą związaną z potrzebami finansowymi szkoły i jej rozwojem?

TAK / NIE

13.Wyrażam zgodę na publikację wizerunku dziecka, zdjęć i filmików mojego dziecka do celów edukacyjnych i promujących szkołę w Internecie (youtube, strona www, fanpage szkoły itp.)

TAK / NIE

14. Wyrażam zgodę na udział w zajęciach religii rzymsko-katolickiej

TAK / NIE

DO PODANIA PROSZĘ DOŁĄCZYĆ:

- Informację medyczną rodziców/opiekunów o stanie zdrowia dziecka (druk wewnętrzny szkoły)
- Opinia z poradni psychologiczno – pedagogicznej (jeśli dziecko posiada)
- Opinia o Uczniu
- Oświadczenia rodzica
- Zgoda na dodatkowe obowiązkowe zajęcia

OŚWIADCZENIE:

Niniejszym oświadczam, że:

1. **Zapisując dziecko do tej szkoły mam świadomość, że jest to szkoła katolicka i zgadzam się na jego wychowanie w duchu katolickim, osobiście wspomagając ten proces aktywnie współpracując ze szkołą.**
2. Podane w karcie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia
3. Akceptuję Statut Szkoły, Program Profilaktyczno- Wychowawczy, wizję i misję szkoły, koncepcje pracy szkoły oraz wewnętrzne regulaminy, tym samym zobowiązuję się do postępowania zgodnego z ich ustaleniami;
4. Wyrażam/my zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Karcie zapisu dziecka dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji do szkoły zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, z 4 maja 2016 r.), zwanego dalej RODO, informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Katolicki Zespół Edukacyjny z/s w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Św. /dalej jako Zespół lub KZE/- tel. (41) 247-75-63, kom. 662-078-96, e-mail: kze.ostrowiec@gmail.com , obejmujący:

-Katolicką Publiczną Szkołę Podstawową im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego
w Ostrowcu Świętokrzyskim,
-Przedszkole Nr 1 Sióstr Rodziny Maryi w Ostrowcu Świętokrzyskim

.....
(Podpis rodziców/ opiekunów prawnych)

- ✓ **Wnioski niekompletne nie będą przyjmowane .**
- ✓ **Przypominamy, że złożony wniosek może zostać odrzucony z przyczyn formalnych, jeżeli będzie niepoprawnie wypełniony.**

*Katolicki Zespół Edukacyjny
Katolicka Publiczna Szkoła Podstawowa
im. św. Z. Sz. Felińskiego
ul. Grabowiecka 15
27-400 Ostrowiec Św.*

Ostrowiec Św.,

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, iż zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków przewidzianych w statucie szkoły, w szczególności w zakresie współdziałania szkoły z rodzicami. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż w razie ich nieprzestrzegania uzasadnienie znajduje rozważenie przeniesienia ucznia do innej szkoły.

.....
(Podpis rodziców/ opiekunów prawnych)

*Katolicki Zespół Edukacyjny
Katolicka Publiczna Szkoła Podstawowa
im. św. Z. Sz. Felińskiego
ul. Grabowiecka 15
27-400 Ostrowiec Św.*

Ostrowiec Św.

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystanie przez szkołę wizerunku mojego dziecka oraz wykonywanych przez niego prac (zdjęcia, filmy, wytworów prac plastycznych, itp.) do celów edukacyjnych i promocyjnych placówki w środkach masowego przekazu.

.....
(Podpis rodziców/ opiekunów prawnych)

*Katolicki Zespół Edukacyjny
Katolicka Publiczna Szkoła Podstawowa
im. św. Z. Sz. Felińskiego
ul. Grabowiecka 15
27-400 Ostrowiec Św.*

Ostrowiec Św.

ZGODA

Wyrażam zgodę na dodatkowe obowiązkowe zajęcia dydaktyczne, w tym innowacje pedagogiczne prowadzone przez szkołę oraz dodatkowe godziny języka obcego, które traktowane będą jako zajęcia dodatkowe obowiązkowe.

.....

(Podpis rodziców/ opiekunów prawnych)

(pieczęć przedszkola/ szkoły)

(Miejscowość i data)

Opinia o Uczniu
dla Katolickiego Zespołu Edukacyjnego
- Katolickiej Publicznej Szkoły Podstawowej im. św. Z. S. Felińskiego

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

(pieczęć dyrektora placówki)

(podpis pedagoga/wychowawcy)

* Pedagog szkolny / wychowawca w opinii opisuje sylwetkę dziecka, jego mocne i słabe strony, możliwości, predyspozycje i zainteresowania. Piszę o ewentualnych problemach wychowawczych, wskazówkach do dalszej pracy z dzieckiem oraz o dotychczasowej współpracy rodziców ze szkołą.

KATOLICKI ZESPÓŁ EDUKACYJNY W OSTROWCU ŚWIETOKRZYSKIM

Katolicka Publiczna Szkoła Podstawowa
im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego
ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Św.
Tel. 41 247-75-63; 662-078-966
www.katolikasp.ostrowiec.pl e-mail: ksp.ostrowiec@gmail.com

INFORMACJA MEDYCZNA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(informacje objęte tajemnicą medyczną, do użytku w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole)

Imię i nazwisko ucznia

Kl.

PESEL ucznia.....

Adres zamieszkania

Adres zameldowania.....

Adres przychodni
.....

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego dziecko

Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej: tak/nie

Jakiej.....

❖ Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów w klasach I-VIII (od 7-go roku życia) tak/nie

❖ Wyrażam zgodę na okresowe sprawdzanie czystości głowy i rąk przez pielęgniarkę tak/nie

Czy dziecko jest uczulone na leki:

Jakie.....

.....

Czy dziecko przyjmuje stale jakieś leki: tak/nie

Jakie.....

.....

Czy dziecko jest uczulone na produkty spożywcze, chemiczne, inne? tak/nie

Jakie.....

.....

Wyrażam zgodę na badanie przesiewowe i profilaktyczne (przewidziane dla dzieci szkolnych) tak/nie

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia

dziecka.....

.....

.....

.....

.....

Data.....

Podpis.....

Katolicki Zespół Edukacyjny w Ostrowcu Świętokrzyskim

ul. Grabowiecka 15

tel./fax (41) 247 75 63

KARTA ZAPISU DZIECKA DO ŚWIETLICY SZKOLNEJ
ROK SZKOLNY 2022/2023
KATOLICKIEGO ZESPOŁU EDUKACYJNEGO W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM

Świetlica jest czynna w godzinach **od 6.40 do 16.30**

Świetlica przeznaczona jest dla dzieci, których **rodzice (opiekunowie prawni) pracują zawodowo i nie mają możliwości wcześniejszego odbioru dziecka po zakończonych lekcjach.**

Prosimy, aby decyzja zapisu dziecka na świetlicę była przemyślana i **wynikała z konieczności.**

Syn/córka będzie przebywać w świetlicy w godzinach :

- rannych
- popołudniowych

Powód, dla którego chcę, aby moje dziecko uczęszczało na świetlicę szkolną :

.....

I. DANE DZIECKA

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Data urodzenia ucznia

Adres zamieszkania :.....

Telefon szybkiego kontaktu :

Dodatkowe informacje o dziecku (choroby, przyjmowane leki, lub inne mające wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole)

.....

.....

II. DANE RODZICÓW

.....

matka (opiekun prawny)- imię /imiona/ nazwisko

tel. kontaktowy

.....
ojciec (opiekun prawny)- imię /imiona/ nazwisko

tel. kontaktowy

Informacje o matce (opiekunie prawnym)

Informacje o ojcu (opiekunie prawnym)

Uzupełnia Pracodawca :

Uzupełnia Pracodawca :

- imię i nazwisko

- imię i nazwisko

.....

.....

.....

.....

--

--

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Katolicka Publiczna Szkoła Podstawowa
im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego
w Ostrowcu Świętokrzyskim**

1. Imię i nazwisko ucznia.....

2. Przynależność do parafii zgodnie z miejscem zamieszkania

.....

3. Parafia, do której najczęściej uczeszczają Państwo na nabożeństwa

.....

4. Data, miejsce i parafia chrztu Państwa dziecka

.....

Data.....

Podpis.....