

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](http://www.katolickasp.ostrowiec.pl/) e-mail: [ksp.ostrowiec@gmail.com](mailto: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/imiona/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/imiona/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: …………………………………………..

**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.)

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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 o**bszar- 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 wewnątrzszkolne 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](mailto: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.**

Załącznik nr 1 do Karty zapisu ucznia

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

Załącznik nr 2 do Karty zapisu ucznia

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

Załącznik nr 3 do Karty zapisu ucznia

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

*Załącznik nr 4 do Karty zapisu ucznia*

( pieczątka przedszkola/ szkoły)*...................................................  
 (Miejscowość i data)*

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

*.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................  
.......................................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................*

..................................................................  
 ( pieczątka 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 ŚWIĘTOKRZYSKIM**

**Katolicka Publiczna Szkoła Podstawowa**

**im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego**

ul. Grabowiecka 15, 27-400 Ostrowiec Św.

Te. 41 247-75-63;662-078-966

[www.katolickasp.ostrowiec.pl](http://www.katolickasp.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 fluoryzacje 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 2024/2025**

**KATOLICKIEGO ZESPOŁU EDUKACYJNEGO W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM**

Świetlica jest czynna w godzinach **od 6.30 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 świetlice 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

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

- godziny pracy matki (opiekuna prawnego) - godziny pracy ojca (opiekuna prawnego)

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

- pieczęć zakładu pracy i podpis Pracodawcy - pieczęć zakładu pracy i podpis Pracodawcy

**III. INNE INFORMACJE**

Do odbioru dziecka ze świetlicy upoważniam :

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

Imię i nazwisko seria i nr dowodu osobistego telefon kontaktowy

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

Imię i nazwisko seria i nr dowodu osobistego telefon kontaktowy

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

Imię i nazwisko seria i nr dowodu osobistego telefon kontaktowy

Jeżeli dziecko będzie samo opuszczało świetlicę szkolną należy wypełnić poniższe oświadczenie

(dotyczy dzieci powyżej dziesiątego roku życia, bądź pod opieką innego dziecka powyżej dziesiątego   
roku życia):

Ponoszę całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka podczas jego samodzielnego powrotu   
 do domu.

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

data czytelny podpis rodzica (opiekuna prawnego)

Zgodnie z rozporządzenie 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, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu w celu realizacji zadań statutowych szkoły w ramach pełnionych zadań dydaktycznych, opiekuńczo-wychowawczych szkoły. Administratorem danych jest Katolicki Zespół Edukacyjny w Ostrowcu Św.

Oświadczam, iż podane dane osobowe są zgodne z prawdą, zostały podane dobrowolnie i przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich zmiany oraz prawo kontroli co do ich przetwarzania.

Ostrowiec Świętokrzyski, dn. ……………………… ……………………………………

podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Katolicka Publiczna Szkoła Podstawowa**

**im. św. Zygmunta Szczęsnego Felińskiego**

**w Ostrowcu Świętokrzyskim**

1. Imię i nazwisko ucznia……………………………………………………….

2. Przynależnośc 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…………..………