



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? \*

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.

*\*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](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)*

*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)*

*Załącznik nr 3 do Karty zapisu ucznia*

*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)*

*Załącznik nr 4 do Karty zapisu ucznia*

( pieczęć przedszkola/ szkoły)

.....  
(Miejscowość i data)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

( 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.



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 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 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 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

- 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. ....

.....

**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.....