



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:

7.Czy dziecko będzie korzystał 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.**

Załącznik nr 1 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.,

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
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

(pieczęta przedszkola/ szkoły)

.....
(Miejscowość i data)

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(pieczęta 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.

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 2025/2026

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 :

- imię i nazwisko

.....

- godziny pracy matki (opiekuna prawnego)

.....

- pieczęć zakładu pracy i podpis Pracodawcy

Uzupełnia Pracodawca :

- imię i nazwisko

.....

- godziny pracy ojca (opiekuna prawnego)

.....

- 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. 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.....