



Szkoła Podstawowa nr 1 im. Kawalerów Orderu Uśmiechu
ul. Bohaterów Warszawy 7
48-300 NYSA

sp1@gzo.nysa.pl

www.sp1nysa.wodip.opole.pl

DANE DZIECKA

nazwisko		imiona
klasa/oddział	sala	imię i nazwisko wychowawcy klasy

RODZICE (PRAWNI OPIEKUNOWIE / RODZICE ZASTĘPCZY)

imię i nazwisko mamy	imię i nazwisko taty
Telefon kontaktowy	telefon kontaktowy
adres mailowy	adres mailowy
Miejsce pracy	Miejsce pracy

POBYT DZIECKA W ŚWIETLICY / proszę zaznaczyć krzyżykiem w okienku)

CODZIENNIE	przed lekcjami			DORAŻNIE, W SYTUACJACH LOSOWYCH		
	po lekcjach					
W WYBRANE DNI TYGODNIA	w poniedziałki	we wtorki	w środy	w czwartki	w piątki	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Odrabianie przez dziecko lekcji w świetlicy	<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
---	--------------------------	-----	--------------------------	-----

INFORMACJE O DZIECKU

dotaddkowe informacje i uwagi dotyczące zdrowia i zachowania dziecka <i>(np.: alergie, choroby, przyjmowane stałe leki)</i>		
Z jakiego rodzaju zajęć proponowanych przez świetlicę chciałoby korzystać Państwa dziecko? <i>(diagnoza potrzeb)</i>		
<input type="checkbox"/> teatralne	<input type="checkbox"/> głośne czytanie	<input type="checkbox"/> zabawy dowolne
<input type="checkbox"/> muzyczne	<input type="checkbox"/> taneczne	<input type="checkbox"/> plastyczne
<input type="checkbox"/> ruchowe	<input type="checkbox"/> dydaktyczne	<input type="checkbox"/> inne, jakie?

ODBIÓR DZIECKA ZE ŚWIETLICY

1. Upoważniam do odbioru dziecka ze świetlicy następujące osoby

imię i nazwisko	nr dowodu tożsamości*	telefon kontaktowy	stopień pokrewieństwa
1			
2			
3			
4			

*proszę zaznaczyć w tym miejscu również **rodzeństwo niepełnoletnie, podać datę urodzenia** (dzieci, które nie ukończyły 7 roku życia, mogą być odbierane tylko przez osoby, które ukończyły 10 rok życia – art. 43. 1. USTAWY z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym)

2. Wyrażam zgodę (przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka)

na samodzielne wyjście dziecka ze świetlicy (dotyczy dzieci powyżej 7 roku życia)		TAK		NIE	
CODZIENNIE		o godz.			
W WYBRANE DNI TYGODNIA	w poniedziałki	we wtorki	w środy	w czwartki	w piątki
	o godz.	o godz.	o godz.	o godz.	o godz.

WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI

Jakie są Państwa oczekiwania wobec świetlicy szkolnej?
W jaki sposób możecie Państwo wspomóc pracę świetlicy? (przeprowadzenie w świetlicy zajęć, warsztatów o dowolnej tematyce, transport zakupów, opieka podczas wyjść i wyjazdów, , pomoc informatyczna, darowizna, inne)

OŚWIADCZENIA RODZICÓW /OPIEKUNÓW

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami regulującymi funkcjonowanie świetlicy szkolnej zawartymi w *Regulaminie świetlicy*, ze szczególnym uwzględnieniem czasu, w którym dzieci znajdują się pod opieką nauczycieli wychowawców, tzn. od godz. 7.00 do godz. 16.30.
2. Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia wychowawców świetlicy szkolnej o każdorazowym odstępstwie od ustalonego czasu i sposobu odbierania dziecka ze świetlicy zawartego w karcie zapisu (np. ewentualność powrotu do domu bez opiekuna lub możliwość odebrania dziecka przez inne niż wskazane osoby)
3. Zobowiązuję się do systematycznego uzupełniania danych dotyczących uczestnictwa mojego dziecka w zajęciach pozalekcyjnych.
4. Zostałam/łem zapoznana/y z informacją o przetwarzaniu danych osobowych dotyczących osób objętych wnioskami o przyjęcie do szkoły i uczniów szkoły oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.
5. Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym podaniu są zgodne ze stanem faktycznym.

data i czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna

data i czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna