……………………………………

Data złożenia zgłoszenia

*(wypełnia szkoła)*

# KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

#  NA ROK SZKOLNY 2020/2021

**Proszę o przyjęcie mojego dziecka do oddziału przedszkolnego Publicznej Szkoły Podstawowej im. Św. Faustyny Kowalskiej w Wojciechowie**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **W przypadku braku numeru PESEL -seria i numer****paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość** |  |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **Data urodzenia** |  |

|  |
| --- |
| **DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE** |
| Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność wydane przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną (niesłyszący, słabosłyszący, niewidomi, słabowidzący, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera iniepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lubznacznym | art. 127 ust. 4 i 14 ustawy Prawo oświatoweoraz §1 ust. 1 i § 2 ust. 1, pkt. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. poz. 1578,z późn. zm.) | **TAK** | **NIE** |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE MATKI/ OPIEKUNKI PRAWNEJ *(niepotrzebne skreślić)*** |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |

|  |
| --- |
| **DANE KONTAKTOWE MATKI/ OPIEKUNKI PRAWNEJ *(niepotrzebne skreślić)*** |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/ OPIEKUNA PRAWNEGO *(niepotrzebne skreślić)*** |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |

|  |
| --- |
| **DANE KONTAKTOWE OJCA/ OPIEKUNA PRAWNEGO *(niepotrzebne skreślić)*** |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |

……………………………………………………………………

(data i podpisy rodziców)