

**DEKLARACJA KONTYNUOWANIA WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO
W ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM
PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. GEN. BRYG. MIECZYŚLAWA BORUTY–SPIECHOWICZA
W NOWYM BORKU**

ROK SZKOLNY 2020/2021

Zgodnie z art. 153 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. prawo oświatowe, rodzice / opiekunowie prawni dzieci przyjętych do danego publicznego przedszkola lub danej publicznej innej formy wychowania przedszkolnego corocznie składają na kolejny rok szkolny deklarację o kontynuowaniu wychowania przedszkolnego w tym przedszkolu lub tej innej formie wychowania przedszkolnego, w terminie 7 dni poprzedzających termin rozpoczęcia postępowania rekrutacyjnego.

**POTWIERDZAM WOLĘ KONTYNUACJI UCZĘSZCZANIA DZIECKA NA ZAJĘCIA
W ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. GEN. BRYG. MIECZYŚLAWA BORUTY – SPIECHOWICZA
W NOWYM BORKU**

| I. DANE KANDYDATA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|---|-------------------------|----------------------|--|--|--|--|--|
| Imię | | | | | | | Drugie imię | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | - | | | - | | | | | | | |
| Paszport lub inny dokument potwierdzający tożsamość¹ | | | | | | | _____ /nazwa dokumentu/ | | | | | | |
| Seria i numer dokumentu | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania dziecka: | Miejscowość _____ ul. _____ nr budynku ___ nr lokalu ___ Kod Pocztowy __ - ___ Miejscowość _____ Powiat _____ Gmina _____ | | | | | | | | | | | | |
| Informacje o stanie zdrowia^{2*}: | _____ | | | | | | | | | | | | |
| Informacje o stosowanej diecie^{3*}: | _____ | | | | | | | | | | | | |
| Informacje o rozwoju psychofizycznym dziecka^{4*}: | _____ | | | | | | | | | | | | |
| II. DANE RODZICÓW | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko matki dziecka | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania matki <small>(Proszę wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania dziecka)</small> | Miejscowość _____ ul. _____ nr budynku ___ nr lokalu ___ Kod Pocztowy __ - ___ Miejscowość _____ Powiat _____ Gmina _____ | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy oraz e-mail matki <small>(Proszę podać o ile rodzic posiada e-mail lub telefonu kontaktowego)</small> | tel. kontaktowy _____ e-mail _____ | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko ojca dziecka | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania ojca <small>(Proszę wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania dziecka)</small> | Miejscowość _____ ul. _____ nr budynku ___ nr lokalu ___ Kod Pocztowy __ - ___ Miejscowość _____ Powiat _____ Gmina _____ | | | | | | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej oraz numer telefonu ojca: <small>(Proszę podać o ile rodzic posiada e-mail lub telefonu kontaktowego)</small> | tel. kontaktowy _____ e-mail _____ | | | | | | | | | | | | |
| POBYT DZIECKA W PRZEDSZKOLU | | | | Od godziny __ 8.00 __ do godziny __ 13.00 __ | | | | Ilość godzin __ 5 __ | | | | | |
| _____ (podpis rodziców/opiekunów prawnych, data) | | | | | | | | | | | | | |

¹ Proszę podać nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość kandydata (Paszport lub inny dokument potwierdzający tożsamość właściwy dla kraju pochodzenia) w przypadku braku numeru PESEL.

² Proszę podać o ile uznają Państwo za istotne np. przebyte choroby, urazy, operacje, które mają wpływ na stan zdrowia dziecka.

³ Proszę podać o ile uznają Państwo za istotne np. alergie, nietolerancje żywieniowe, mające wpływ na stan zdrowia dziecka.

⁴ Proszę podać o ile uznają Państwo za istotne np. wady rozwojowe, niepełnosprawność ruchowa, istotne orzeczenia lekarskie, opinia lub orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej: dziecko niesłyszące, słabosłyszące, niewidome, słabo widzące, w tym z afazją, z upośledzeniem umysłowym, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera i niepełnosprawnościami sprzężonymi.

