*Załącznik nr1*

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO ODDZIAŁU ZEROWEGO
DO SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. ŚW. STANISŁAWA KOSTKI
W STRZEGOWIE**

ROK SZKOLNY 2024/2025

|  |
| --- |
| **DANE DZIECKA** |
| IMIĘ/IMIONA |  |
| NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| DATA URODZENIA |  |
| MIEJSCE URODZENIA |  |
|  **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA**  |
| KOD POCZTOWY/MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  |
| NR DOMU |  |
| NR MIESZKANIA |  |
|  **ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA**  |
| KOD POCZTOWY/MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  |
| NR DOMU |  |
| NR MIESZKANIA |  |
| **INNE WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU (PRZEBYTE CHOROBY, ALERGIE, DIETY POKARMOWE, ITP.)** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATKA/OPIEKUN PRAWNY** | **OJCIEC/OPIEKUN PRAWNY** |
| IMIĘ |  |  |
| NAZWISKO |  |  |
|  **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| KOD POCZTOWY/MIEJSCOWOŚĆ |  |  |
| ULICA, NR DOMU, MIESZKANIA |  |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |  |
| E-MAIL DOMOWY |  |  |

……………………………………………………………………. miejscowość .................................... dnia………………………

(podpis matki/ opiekuna prawnego)

…………………………………………………………………….

 (podpis ojca/ opiekuna prawnego)

 **DECYZJA DYREKTORA O PRZYJĘCIU DO SZKOŁY**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

POZYTYWNA/NEGATYWNA\*

…………………………………. ……………………………………………..

 (data wpłynięcia zgłoszenia) (pieczęć i podpis dyrektora)

\*niewłaściwe skreślić