*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