**Karta zapisu dziecka do Niepublicznego Przedszkola SPSK**

**w Częstochowie na rok szkolny 2018/2019**

**Uwagi:**

* Kartę wypełniają rodzice lub opiekunowie prawni dziecka **DRUKOWANYMI LITERAMI**
* Do **SEKRETARIATU** przedszkola przynosimy **KOMPLETNIE** wypełnione karty do **30.05.2018 r.**
* Do weryfikacji miejsca zameldowania proszę przedstawić **DOWÓD OSOBISTY MATKI**

lub **ZAŚWIADCZENIE Z BIURA MELDUNKOWEGO (DO WGLĄDU)**

* Do weryfikacji danych dziecka proszę przedstawić **ORYGINAŁ AKTU URODZENIA (DO WGLĄDU)**

**DANE DZIECKA**

Nazwisko…………………........... I imię……………………………... II imię………………….........

PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Data urodzenia…………………………….. miejsce urodzenia……………………………………..

Adres zameldowania……………………………………………………………………………………..

(kod pocztowy, miejscowość)

…………………………………………………………………………………………...............................

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………

(kod pocztowy, miejscowość)

…………………………………………………………………………………………...............................

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

**DANE RODZICÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Matka/prawna opiekunka** | **Ojciec/prawny opiekun** |
| **Imię** |  |  |
| **Nazwisko** |  |  |
| **Adres zamieszkania** |  |  |
| **Miejsce pracy**  **(pieczęć)** |  |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |  |
| **Telefon do natychmiastowego kontaktu** |  | |

W przypadku pozbawienia lub ograniczenia władzy rodzicielskiej, podać kogo i w jaki zakresie dotyczy (dołączyć kserokopię wyroku sądu).

……………………………………………………………………………………………………………...

Czytelny podpis **matki**/prawnej opiekunki Czytelny podpis **ojca**/prawnego opiekuna

…………………………… …………………………….

Inne osoby **pełnoletnie** upoważnione do odbierania dziecka z placówki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię** | **Nazwisko** | **Nr**  **dowodu osobistego** | **Stopień pokrewieństwa** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |

Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo mojego dziecka od momentu odbioru go przez wskazaną powyżej, upoważnioną przeze mnie osobę.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

………..…………………..

**Deklaracja wyboru posiłków**

Deklaruję korzystanie z niżej wymienionych posiłków:

**(proszę wstawić znak X przy wybranej opcji)**

* tylko obiady – stawka dzienna 5,50 zł

(w przypadku wybrania tylko obiadów, jeśli dziecko jest przyprowadzane po godz. 9:00 zgłoszenia telefoniczne faktu korzystania z obiadu w danym dniu do godz. 9:00)

* 3 posiłki: śniadanie, obiad, podwieczorek – stawka dzienna 11,00 zł

(w przypadku wybrania 3 posiłków, obowiązkiem jest przyprowadzenie dziecka do godz. 8:00)

**Zobowiązuję się do:**

1. terminowego regulowania opłat za wyżywienie dziecka (do 15 dnia każdego miesiąca).

Przyjmuję do wiadomości, że zaleganie z opłatami powyżej 3 miesięcy oraz nieobecność dziecka bez podania ważnej przyczyny w przeciągu 3 miesięcy spowoduje jego automatyczne skreślenie z listy bez prawa powtórnego przyjęcia do placówki

1. telefonicznego zgłaszania nieobecności dziecka do sekretariatu

do godz. 8:00 (tel: 721 570 380, 34/ 369 70 91 ).

Przyjmuję do wiadomości , że w przypadku nieterminowych wpłat będą naliczone ustawowe odsetki.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

………..…………………..

Jednocześnie informuję, że z każdym nowym miesiącem można dokonać zmian w deklaracji wyboru posiłków.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczenia woli rodzica/opiekuna prawnego** | **TAK** | **NIE** |
| Wyrażam zgodę na zbieranie oraz przetwarzanie danych osobowych syna/córki w celach związanych  z działalnością przedszkola |  |  |
| Wyrażam zgodę na zbieranie oraz przetwarzanie wizerunku syna/córki w celach związanych  z działalnością przedszkola |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dodatkowe informacje** | **TAK** | **NIE** |
| Dziecko posiada opinię lub orzeczenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  **Jeśli TAK należy dołączyć do karty zapisu** |  |  |
| Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności  **Jeśli TAK należy dołączyć do karty zapisu** |  |  |

**Informacja o ewentualnych chorobach dziecka (cukrzyca, epilepsja, alergia, inne)**

……………………………………………………………………………………………………………...

**Zobowiązuje się do:**

**1)** zgłaszania w sekretariacie przedszkola i u wychowawcy jakichkolwiek zmian w informacjach podanych w karcie zapisu dziecka do placówki

**2)** przyprowadzania na zajęcia tylko zdrowego dziecka

**3)** systematycznego uczestniczenia w zebraniach rodziców

**Pouczenie:**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego, oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że dyrektor przedszkola może zażądać przedstawienia dokumentów potwierdzających dane zapisane w karcie.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

………..…………………..