Załącznik do Zarządzenia Nr 393/22

Burmistrza Śmigla zdnia 25 stycznia 2022 r.

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO/PRZEDSZKOLA W**

**... ………… …………………… ………………………… … .. … …………………**

pieczęć przedszkola **NA ROK SZKOLNY … … … … … … .**

Zwracam się z prośbao przyjęcie dziecka do oddziału przedszkolnego/Przedszkolaw …… ..

**Dane dziecka**

**Dane osobowe**

PESEL Imię

|  |
| --- |
|  |

Nazwisko Data urodzenia



Seria i nr paszportu lubinnegodokumentu potwierdzającegotożsamość (wprzypadku braku nr PESEL)

|  |
| --- |
|  |

**Adreszamieszkania**

Ulica Nr domu Nr lokalu Kod

|  |
| --- |
|  |

Miejscowość

|  |
| --- |
|  |

**Dane rodziców/prawnychopiekunów**

**Dane matki/prawnej opiekunkidziecka**

Imię Nazwisko (obecne)



Telefon kontaktowy

|  |
| --- |
|  |

**Dane ojca/prawnego opiekuna dziecka**

Imię Nazwisko



Telefon kontaktowy

|  |
| --- |
|  |

Adres poczty elektronicznej Adres poczty elektronicznej



**Adreszamieszkaniamatki/opiekunkidziecka (jeśli inny niż adreszamieszkaniadziecka)**

Ulica Nr domu Nr lokalu



Kod Miejscowość



**Adreszamieszkania ojca/opiekuna dziecka (jeśli inny niż adreszamieszkaniadziecka)**

Ulica Nr domu Nr lokalu

|  |
| --- |
|  |

Kod Miejscowość



**Informacje dodatkowe**

**Kolejne preferowaneprzedszkola**

2.

3.



|  |
| --- |
|  |

**Informacjeo dziecku na podstawiezałączników**

Dzieckoniepełnosprawne (TAK lub NIE)

Dziecko rodzica/opiekunaniepełnosprawnego (TAK lub NIE) – niepełnosprawność jednegoz rodziców Dziecko rodziców/opiekunówniepełnosprawnych (TAK lub NIE) – niepełnosprawność obojga rodziców Niepełnosprawność rodzeństwa (TAK lub NIE)

Samotnewychowywanie dzieckaw rodzinie (TAK lub NIE) Dzieckoobjęte pieczą zastępczą (TAK lub NIE)

Liczbadzieciw rodzinie

Dziecko, którego rodzice/prawniopiekunowie pracują, uczą się w trybie dziennym, prowadzą gospodarstwo rolne lub pozarolniczą działalność gospodarczą (TAK lub NIE)

Dziecko, którego rodzeństwo uczęszcza dotego samego przedszkola lub oddziałuprzedszkolnego (TAK lub NIE) Rodzeństwo dzieckaubiegasię oprzyjęcie dotego samego przedszkola lub oddziałuprzedszkolnego (TAK lub NIE)

Dziecko, którego rodzice/opiekunowie prawnikorzystają ze świadczeń przyznawanych na podstawieustawyo pomocy Społecznej realizowanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w okresie sześciu miesięcy poprzedzającychzłożenie

Wniosku (TAK lub NIE)

Dzieckoobjęteobowiązkowymrocznym przygotowaniem przedszkolnym lub zodroczonymobowiązkiem szkolnym (TAK lub NIE)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnejzazłożeniefałszywegooświadczenia.

Miejscowość i data

|  |
| --- |
|  |

Podpis rodzica/opiekuna

|  |
| --- |
|  |