

KARTA INFORMACYJNA O UCZNIU

ROK SZKOLNY 2020/2021

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie drukowanymi literami

1. **DANE OSOBOWE**

|  |
| --- |
| **DANE DZIECKA** |
| IMIĘ/IMIONA |  |
| NAZWISKO |  |
| DATA URODZENIA |  |
| MIEJSCE URODZENIA |  |
| PESEL |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA  |  |
| **DANE RODZICA\* MATKI** |
| IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania dziecka) |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| ADRES E-MAIL |  |
| **DANE RODZICA\* OJCA** |
| IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania dziecka) |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| ADRES E-MAIL |  |

**\*** Rodzic – należy przez to rozumieć także prawnego opiekuna dziecka oraz osobę (podmiot) sprawujący pieczę zastępczą nad dzieckiem

Zobowiązuję się do pisemnego uaktualniania zmian dotyczących adresu zamieszkania oraz numeru telefonu.

Poznań, dnia …………………………………………… podpis matki ………………………………………………

podpis ojca …………………………………………………

1. **INFORMACJE O DZIECKU**
2. ……………………………………………… uczęszczała/uczęszczał do Przedszkola nr ……………..…………....................

imię dziecka

1. Jakie zainteresowania, zdolności przejawia Państwa dziecko?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

matematyczne

przyrodnicze

plastyczne

wokalne

artystyczne

sportowe

informatyczne

inne …………………………………………………………………………………………..

1. Czy Państwa dziecko objęte jest pomocą:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

logopedy

psychologa

pedagoga

rehabilitanta

inną pomocą …………………………………………………… ?

1. Prosimy podać istotne informacje o stanie zdrowia dziecka oraz o stosowanej diecie zaleconej przez lekarza specjalistę:

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

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

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

1. Jakie są Państwa oczekiwania wobec szkoły?

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

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

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

1. Czy Państwa dziecko będzie korzystało z obiadów w stołówce?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

TAK

NIE

Poznań, dnia …………………………………………… podpis matki ………………………………………………

podpis ojca …………………………………………………