

PODANIE O PRZYJĘCIE**DO KLASY PRYWATNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ „OXPRESS” W BOLESŁAWCU****Rok 2026/2027****I. Wypełniają Rodzice (Opiekunowie)**

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Tel. adres e-mail:

Dane Rodziców (Opiekunów)

Matka Ojciec

PESEL: PESEL:

*Miejsce pracy: *Miejsce pracy:

*Godziny pracy: *Godziny pracy:

tel. kom. tel. kom.

1. Na jakie zajęcia pozalekcyjne dziecko uczęszczało dotychczas (koła przedmiotowe, treningi, lekcje przedmiotowe itp.).

.....

2. Jakiego języka dziecko uczyło się dotychczas w przedszkolu lub prywatnie?

.....

3. Do którego przedszkola dziecko uczęszczało/do jakiej szkoły dziecko uczęszczało?

.....

4. Zainteresowania dziecka, zdolności, predyspozycje:

.....

5. Nazwa i adres szkoły, do której należy dziecko (wg rejonu)

.....

Data i miejscowość

Podpis Rodzica (Opiekuna)

II . Wypełnia wychowawca przedszkola/szkoły

Uzdolnienia (proszę podkreślić właściwe dziedziny):

humanistyczne, językowe, plastyczne, sportowe, matematyczno-przyrodnicze,
informatyczne, muzyczne

Osiągnięcia dziecka:

.....
.....
.....

Opinia wychowawcy o dziecku:

Czy dziecko ma trudności w nauce o charakterze:

Dysgrafii , Dysortografii , Dysleksji

Zachowanie (proszę o zakreślenie odpowiedniej ilości punktów).

Operatywność i przedsiębiorczość 1 2 3 4 5 6

Staranność i dokładność 1 2 3 4 5 6

Pilność 1 2 3 4 5 6

Kultura osobista 1 2 3 4 5 6

Praca na rzecz grupy i otoczenia 1 2 3 4 5 6

Data i podpis wychowawcy

Pieczęć przedszkola/szkoły do której dziecko uczęszczało

.....

Miejsce składania podań: siedziba szkoły

*podanie danych jest dobrowolne

INFORMACYJNA KARTA ZDROWIA ¹

I. DANE UCZNIA:

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia.....

Adres zamieszkaniatel.....

PESEL:

III . INFORMACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW O DZIECKU

Przebyte choroby * (podać, w którym roku życia): odra, ospa wietrzna, różyczka, świnka, szkarlatyna, żółtaczka zakaźna, choroby nerek (jakie), choroba reumatyczna, astma, padaczka, inne choroby

U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie *: drgawki, omdlenia, lęki nocne, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, częste bóle głowy, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienie z nosa, przewlekający się katar i kaszel, anginy, duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jąkanie i inne

Dziecko jest (właściwe podkreślić): nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka

¹ Kwestionariusz wypełniają Rodzice

Dziecko jest uczulone *: tak, nie (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu itp.)

.....
.....

Dziecko* posiada / nie posiada orzeczenia do kształcenia specjalnego

Dziecko* posiada/ nie posiada opinii z Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

Dziecko nosi *: okulary, szkła kontaktowe, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne

.....
.....

Zażywa stale leki: jakie?

.....
.....

Jazdę samochodem znosi *: dobrze, źle

Jazdę pociągiem znosi *: dobrze, źle.

Inne uwagi o zdrowiu dziecka:

.....
.....
.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁEM/AM WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O
DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W
CZASIE POBYTU W SZKOLE.

Data:

.....

Podpis matki, ojca lub opiekuna

.....

*) właściwe podkreślić.