



Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Łuczycach,
ul. Szkolna 11, 32-010 Łuczycy, tel. 12 387 16 01,
www.spluczycyce.edupage.org e-mail: spluczycyce@op.pl

OŚWIADCZENIE

potwierdzenie przez rodzica kandydata woli przyjęcia
dziecka do Oddziału Przedszkolnego **(5-latków)**
w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łuczycach na rok szkolny 2023/2024

Imię i nazwisko rodzica:

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Informacje dodatkowe

Deklaruję uczestnictwo dziecka w zajęciach z religii	Tak* Nie* *niepotrzebne skreślić
Alergie Choroby przewlekłe Wady rozwojowe
Spostrzeżenia rodziców dotyczące zainteresowań, zdolności dziecka lub trudności, specjalnych potrzeb
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań psychologicznych i udział w tych zajęciach mojego dziecka.	Tak* Nie* *niepotrzebne skreślić
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań logopedycznych i udział w tych zajęciach mojego dziecka.	Tak* Nie* *niepotrzebne skreślić
Inne informacje o dziecku
Zobowiązuję się do: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Przestrzegania postanowień Statutu Szkoły.<input type="checkbox"/> Uczestniczenia w zebraniach rodziców.<input type="checkbox"/> Niezwłocznego informowania szkoły na piśmie o zmianach danych osobowych, danych adresowych.	

PODPIS RODZICA