

**NA ROK SZKOLNY 2014/2015**

**KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA**

**DANE OSOBOWE DZIECKA**

PESEL										Nazwisko	
Imię									Drugie imię		
Data urodzenia									Miejsce urodzenia		

**ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA**

Województwo												
Miejscowość												
Ulica									nr domu		nr mieszkania	
Kod pocztowy									Poczta			

**ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA**

(wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania różni się od adresu zamieszkania)

Województwo												
Miejscowość												
Ulica									nr domu		nr mieszkania	
Kod pocztowy									Poczta			

**KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**

**DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**

Nazwisko									Imię/imiona		
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--

**ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**

Województwo												
Miejscowość												
Ulica									nr domu		nr mieszkania	
Kod pocztowy									Poczta			

**ADRES ZAMELDOWANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**

(wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania różni się od adresu zamieszkania)

Województwo												
Miejscowość												
Ulica									nr domu		nr mieszkania	
Kod pocztowy									Poczta			

**TELEFONY KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**

DOM:									PRACA:			KOMÓRKA:		
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	----------	--	--

Adres e-mail:											
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Nazwisko									Imię/imiona		
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--

**ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Województwo												
Miejscowość												
Ulica									nr domu		nr mieszkania	
Kod pocztowy									Poczta			

**ADRES ZAMELDOWANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

(wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania różni się od adresu zamieszkania)

Województwo												
Miejscowość												
Ulica									nr domu		nr mieszkania	
Kod pocztowy									Poczta			

TELEFONY KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO

DOM:	PRACA:	KOMÓRKA:
------	--------	----------

Adres e-mail:	
---------------	--

**DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU**

Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	TAK*	NIE*
--	------	------

Informacje o stanie zdrowia dziecka mogące mieć znaczenie podczas pobytu dziecka w szkole:

Dziecko spoza rejonu:	TAK*	NIE*
-----------------------	------	------

**Pouczenia:**

*Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że dyrektor szkoły może zażądać przedstawienia dokumentów potwierdzających dane zapisane w Karcie Zapisu.*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w Karcie Zapisu w systemach informatycznych wspomagających proces zarządzania oświatą w mieście Bytom, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)"*

**Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z obowiązującymi przepisami i z zachowaniem należytej staranności.**

Data wypełnienia zgłoszenia:	
Podpis matki/opiekunki prawnej:	
Podpis ojca/opiekuna prawnego:	

\*niepotrzebne skreślić