zał. Nr 5

Wniosek o przyjęcie dziecka do oddziału przedszkolnego

 SZKOŁY PODSTAWOWEJ im. Macieja Rataja

 **w Wyszatycach roku szkolnym 2024/2025**

Data złożenia formularza: (wypełnia szkoła )

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZNIA** |
| Imiona \* |  | Nazwisko\* |  |
| PESEL\* |  |
| Dataurodzenia\* |  | Miejsce urodzenia\* |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA NA UCZNIA** |
| Gmina\* |  | Województwo\* |  |
| Miejscowość\* |  | Kod pocztowy\* |  |
| Ulica\* |  |
| Nr domu\* |  | Nr mieszkania\* |  |
| **ADRES ZAMELDOWANIA KANDYDATA NA UCZNIA (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** |
| Gmina\* |  | Województwo\* |  |
| Miejscowość\* |  | Kod pocztowy\* |  |
| Ulica\* |  |
| Nr domu\* |  | Nr mieszkania\* |  |
| **DANE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | **DANE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| Imię\* |  | Imię\* |  |
| Nazwisko\* |  | Nazwisko\* |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI** | **ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA** |
| Województwo\* |  | Województwo\* |  |
| Gmina\* |  | Gmina\* |  |
| Miejscowość\* |  | Miejscowość\* |  |
| Ulica\* |  | Ulica\* |  |
| Nr domu/mieszkania\* |  | Nr domu/mieszkania\* |  |
| **DANE KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI** | **DANE KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA** |
| Telefon\* |  | Telefon\* |  |
| Adres e-mail |  | Adres e-mail |  |

* **pola wymagane**

**podpis rodzica/ prawnego opiekuna ……………………………………………………………………………………………………………………….**