 Szkoła Podstawowa w Częstocicach im. Kawalerów Orderu Uśmiechu 27-400 Ostrowiec Św. ul. Górna 3, tel. 41 249 01 01 e-mail; szkolaczestocice@onet.pl

**Karta zapisu ucznia**

**do Szkoły Podstawowej w Częstocicach**

**im. Kawalerów Orderu Uśmiechu**

**w roku szkolnym 2024/2025 - klasa/oddział………**

 **DANE DZIECKA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imiona dziecka** |  |
| **Nazwisko dziecka** |  |
| **PESEL dziecka** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Adres zameldowania dziecka**  |  |
| **Adres zamieszkania dziecka** |  |
| **Uwagi o dziecku** |

**DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko matki/opiekuna** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Miejsce pracy** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko ojca/opiekuna** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Miejsce pracy** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |

**Oświadczenia wnioskodawcy**

1. Świadoma odpowiedzialności karnej, oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym.
2. Wyrażamzgodęnaprzetwarzaniedanychosobowych zawartych w niniejszej Karcie dla potrzeb związanych z postępowaniem rekrutacyjnymzgodnie z przepisamiustawyzdnia29sierpnia1997r.oochroniedanychosobowych(Dz.U.z2002,Nr101,poz.926zpóźn.zm.).

Ostrowiec Św., ………………………………………………………… ………………………………………………………….. **(podpis rodzica/opiekuna)**