**INFORMACJE DODATKOWE**

**Imię i nazwisko dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Proszę podać nazwę szkoły obwodowej dziecka (jeżeli jest inna niż Szkoła Podstawowa im. Marii Konopnickiej w Wągrowcu) - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

1. **Oświadczenia**

*Proszę zaznaczyć krzyżykiem „X”.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| Wyrażam zgodę napublikację zdjęć dziecka z uroczystości, imprez szkolnych na stronie internetowej i facebookowej szkoły. |  |  |
| Wyrażam zgodę napublikację zdjęć dziecka z uroczystości, imprez szkolnych na stronach samorządowych oraz na łamach prasy lokalnej. |  |  |
| Wyrażam zgodę nawykorzystanie prac artystycznych dziecka oraz ich publikację na stronach samorządowych oraz na łamach prasy lokalnej. |  |  |
| Wyrażam zgodę nawykorzystanie prac artystycznych dziecka oraz ich publikację na stronie internetowej i facebookowej szkoły. |  |  |
| Wyrażam zgodę nauczestnictwo dziecka w wycieczkach pieszych w ramach zajęć lekcyjnych. |  |  |
| Wyrażam wolę udziału dziecka w zajęciach z religii. |  |  |
| Wyrażam zgodę nauczestnictwo w zajęciach wychowania do życia w rodzinie od klasy czwartej. |  |  |
| Oświadczam, że dziecko może po skończonych zajęciach samodzielnie wracać ze szkoły. |  |  |

1. [**Proszę podać dane osób upoważnionych do odbierania dziecka.**](mailto:inspektor@cbi24.pl)

|  |
| --- |
| [Imię i nazwisko:](mailto:inspektor@cbi24.pl) |
| [1.](mailto:inspektor@cbi24.pl) |
| [2.](mailto:inspektor@cbi24.pl) |
| [3.](mailto:inspektor@cbi24.pl) |

1. [**Odwozy i dowozy szkolne.**](mailto:inspektor@cbi24.pl)

*Uczniowie nie otrzymują biletu, okazują w autobusie legitymację szkolną. Proszę o zaznaczenie TAK, tylko wtedy kiedy dziecko* ***faktycznie korzysta*** *z transportu szkolnymi autobusami, gdyż szkoła ponosi* ***miesięcznie******na ucznia*** *koszt* ***270 zł (2700 zł*** *rocznie/ucznia).*

[**Oświadczam, że dziecko będzie korzystało z:**](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[***Proszę zaznaczyć krzyżykiem „X”.***](mailto:inspektor@cbi24.pl)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [**TAK**](mailto:inspektor@cbi24.pl) | [**NIE**](mailto:inspektor@cbi24.pl) |
| [**dowozów**](mailto:inspektor@cbi24.pl) |  |  |
| [**odwozów**](mailto:inspektor@cbi24.pl) |  |  |

1. [**Istotne dane o stanie zdrowia dziecka, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym dziecka** (np. choroby przewlekłe, opinia, orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej, informacje o specyficznych trudnościach dziecka).](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](mailto:inspektor@cbi24.pl)

1. [**Oświadczenie dotyczące opieki zdrowotnej.**](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[Rodzic ma prawo złożyć w formie pisemnej sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką zdrowotną pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej.](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[*(proszę wpisać, jeżeli wyrażają Państwo sprzeciw)*](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[Rodzic ma prawo złożyć w formie pisemnej sprzeciw wobec udzielania przez lekarza stomatologa profilaktycznych świadczeń stomatologicznych.](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[*(proszę wpisać, jeżeli wyrażają Państwo sprzeciw)*](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[**Dotyczy uczniów przewlekle chorych lub niepełnosprawnych.**](mailto:inspektor@cbi24.pl)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [**TAK**](mailto:inspektor@cbi24.pl) | [**NIE**](mailto:inspektor@cbi24.pl) |
| [Wyrażam zgodę na objęcie w szkole opieką pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej i profilaktyczną opieką stomatologiczną dziecka przewlekle chorego lub niepełnosprawnego.](mailto:inspektor@cbi24.pl) |  |  |

[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](mailto:inspektor@cbi24.pl)

[data i czytelny podpis matki/opiekunki prawnej data i czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego](mailto:inspektor@cbi24.pl)