**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.**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |

1. **Odwozy i dowozy szkolne.**

*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:**

***Proszę zaznaczyć krzyżykiem „X”.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| **dowozów** |  |  |
| **odwozów** |  |  |

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).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Oświadczenie dotyczące opieki zdrowotnej.**

Rodzic ma prawo złożyć w formie pisemnej sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką zdrowotną pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej.

*(proszę wpisać, jeżeli wyrażają Państwo sprzeciw)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodzic ma prawo złożyć w formie pisemnej sprzeciw wobec udzielania przez lekarza stomatologa profilaktycznych świadczeń stomatologicznych.

*(proszę wpisać, jeżeli wyrażają Państwo sprzeciw)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dotyczy uczniów przewlekle chorych lub niepełnosprawnych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| Wyrażam zgodę na objęcie w szkole opieką pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej i profilaktyczną opieką stomatologiczną dziecka przewlekle chorego lub niepełnosprawnego. |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data i czytelny podpis matki/opiekunki prawnej data i czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego