

Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi Nr 342
im. Jana Marcina Szancera w Warszawie

Kwestionariusz osobowy ucznia

Nazwisko i imię/imiona ucznia.....

Miejsce urodzenia, województwo

Oddział/klasa.....

Adres zamieszkania ucznia:.....

.....

Dane rodziców/ opiekunów prawnych

| Matka/ opiekun prawny | Ojciec/ opiekun prawny |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Adres zamieszkania | Adres zamieszkania |
| | |
| Numer telefonu | Numer telefonu |
| | |
| Seria i numer dowodu osobistego | Seria i numer dowodu osobistego |
| | |

Adres zameldowania ucznia, szkoła rejonowa wg adresu zameldowania :

.....

.....

Czy dziecko będzie korzystało ze świetlicy szkolnej? TAK NIE*

Czy dziecko będzie korzystało z obiadów szkolnych? TAK NIE*

Czy dziecko będzie uczęszczało na lekcję RELIGII? TAK NIE*

Czy dziecko będzie uczęszczało na lekcję ETYKI? TAK NIE*

Inne informacje o dziecku (orzeczenia, opinie, zwolnienia z zajęć w-f, zajęć komputerowych):

.....

.....

.....

Informacje o stanie zdrowia dziecka (leki przyjmowane na stałe, choroby przewlekłe, alergię, itp.):

Upoważniam niżej wymienione osoby do odbioru mojego dziecka w roku szkolnym

| Lp. | Nazwisko i imię | Seria i nr dow. osobistego | Nr telefonu kontaktowego | Zgoda osoby trzeciej (wypełnia nauczyciel) |
|-----|-----------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym pod odpowiedzialnością karną. Zobowiązuję się do poinformowania dyrekcji szkoły w przypadku zmiany danych osobowych.

.....
(podpis matki / opiekuna prawnego) (podpis ojca / opiekuna prawnego)

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE dotyczące samodzielnych powrotów dziecka do domu

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na samodzielne powroty córki/ syna ze szkoły do domu. Biorę pełną odpowiedzialność za jej/jego bezpieczeństwo podczas samodzielnego powrotu.

.....
(podpis matki / opiekuna prawnego) (podpis ojca / opiekuna prawnego)

.....
(miejscowość, data)

* Niepotrzebne skreślić