Laski, dnia ……………………………

Dyrektor Ośrodka Szkolno-Wychowawczego  
dla Dzieci Niewidomych im. Róży Czackiej   
w Laskach

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Proszę o przyjęcie syna/córki..........................................................................................................................

do klasy ................ w szkole ..........................................................................................................................

(nazwa szkoły)

w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych im. Róży Czackiej w Laskach   
od dnia ..................................................

…………………………………………………………………

Podpisy rodziców / prawnych opiekunów

Oświadczam, że mam świadomość, iż placówki edukacyjne prowadzone przez TONOS opierają się na nauce społecznej Kościoła Katolickiego oraz w swoim programie na wartościach religii katolickiej. W związku z tym pobyt w niedzielę, święta katolickie oraz udział w uroczystościach OSW wiąże się z udziałem we Mszy Świętej.

W przypadku lekcji religii osoba, która nie uczęszcza na te lekcje, ma obowiązek przebywać na terenie placówki i uczestniczyć w zajęciach zastępczych zorganizowanych w szkole.

…………………………………………………………………

Podpisy rodziców / prawnych opiekunów

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

| Imię i nazwisko wychowanka |  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data i miejsce urodzenia |  | | | | | | |
| PESEL: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | |
| Kod |  | | | |  | | |
| Miejscowość |  | | | | | | |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania | | | |  | | | |
| Dane: wychowanka/ rodziców/ opiekunów prawnych | | | | | | | |
| Wychowanek | | | Matka/ Opiekun prawny | | | Ojciec/ Opiekun prawny | |
|  | | |  | | |  | |
| Telefon wychowanka | | | Telefon matki/ opiekuna prawnego | | | Telefon ojca/ opiekuna prawnego | |
|  | | |  | | |  | |
| Mail wychowanka | | | Mail matki/ Opiekuna prawnego | | | Mail ojca/ Opiekuna prawnego | |
| Przebieg edukacji | | | | | | | |
| Przedszkole | | |  | | | | |
| Szkoła Podstawowa | | |  | | | | |
| Szkoła Ponadpodstawowa | | |  | | | | |
| Rozpoznanie okulistyczne - przyczyna i wiek, w którym nastąpiło uszkodzenie wzroku | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Podpis: pełnoletniego wychowanka, rodziców/ opiekunów prawnych: | | | | | | | |
| Wychowanek | | Matki/ Opiekuna prawnego | | | | | Ojca/ Opiekuna prawnego |
|  | |  | | | | |  |