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 |
|  |  |  |