Załącznik 3 a

do Procedur rekrutacji do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej w Galewicach

**OŚWIADCZENIA/ZGODY RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA CAŁY OKRES NAUKI W ZESPOLE SZKOLNO-PRZEDSZKOLNYM W GALEWICACH**

yfikacyjne DZIE

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DZIECKA** | |
| **Imię i nazwisko dziecka** |  |
| **data urodzenia***(dd-mm-rrrr)* |  |

# OŚWIADCZENIE RODzICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

**Ja niżej podpisana/y:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oświadczenie woli** | **TAK/NIE** | |
| **1.** | Wyrażam zgodę na sprawdzenia przez pielęgniarkę w szkole czystości głowy w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą. | TAK | NIE |
| **2.** | Wyrażam zgodę na badanie mojego dziecka przez logopedę̨. | TAK | NIE |
| **3.** | Wyrażam zgodę na badanie mojego dziecka przez pedagoga. | TAK | NIE |
| **4.** | Wyrażam zgodę na badanie mojego dziecka przez psychologa. | TAK | NIE |
| **5.** | Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów mojego dziecka. | TAK | NIE |
| **6.** | Wyrażam zgodę na badanie mojego dziecka przez pielęgniarkę w szkole. | TAK | NIE |

**przez Zespół Szkolno-Przedszkolny w Galewicach**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **podpis rodzica/opiekuna prawnego** | | | |
| **Imię** | **Nazwisko** | **Data** | **Podpis** |
|  |  |  |  |

# WNIOSEK W SPRAWIE ZORGANIZOWANIA ZAJĘĆ RELIGII W SZKOLE

***\*poniższą część uzupełniają tylko rodzice/opiekunowie prawni chcący, aby ich dziecko uczęszczało na zajęcia z religii***

Wnioskuje o zorganizowanie dla mojego dziecka .........................................................................................................

(imię i nazwisko dziecka)

zajęć dodatkowych z religii przez wszystkie lata uczęszczania dziecka do Szkoły Podstawowej w Galewicach.  
Jednocześnie oświadczam, że o zmianie mojej decyzji powiadomię pisemnie Dyrektora Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Galewicach.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **podpis rodzica/opiekuna prawnego2** | | | | |
| **Lp.** | **Imię** | **Nazwisko** | **Data** | **Podpis** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

*1*niepotrzebne skreślić

2 w przypadku, gdy oboje rodziców (opiekunów) posiadają pełnię władzy rodzicielskiej prosimy o złożenie podpisów przez oboje rodziców. W szczególnych przypadkach, gdy nie jest to możliwe prosimy o kontakt z Dyrektorem szkoły.