

Czy uczeń cierpi na poważną chorobę? _____

Np: alergie, wstrząs anafilaktyczny, zespół Aspergera, astma, ADHD, nadpobudliwość psychoruchowa, autyzm, porażenie mózgowie, dyspraksja, padaczka, napady omdlenia, słaby wzrok, zaburzenia mowy lub inne, które powinny zostać zgłoszone szkole.

Proszę podać szczegóły: _____

Czy istnieje jakieś obciążenie prawne na rodzinie, o którym powinna wiedzieć szkoła? _____

Pozostałe informacje: W celu zapewnienia uczniowi całonocnej opieki, proszę o informacje na temat istniejących (jeśli mają miejsce) problemów z nauką, zdrowiem, żalobą w rodzinie, inna kryzysowa sytuacja w rodzinie, itp. Proszę o kontakt z nauczycielem lub dyrektorką

Czy przysługuje państwu zasiłek? Rent Subsidy Lone Parents Allowance Unemployment Benefit
Family Income Supplement Other (please specify)

- Pragnąc zapewnić naszym uczniom jak najlepszą edukację, może się zdarzyć iż w ciągu roku szkolnego zaproponujemy niektórym z nich uczestnictwo w zajęciach odbywających się w małych grupach. Będą to zajęcia tematyczne dotyczące wsparcia w zakresie języka angielskiego bądź pomocy w innych przedmiotach bądź też wzmocnienia poczucia własnej wartości.
Proszę zaznaczyć, czy wyrażają państwo zgodę na udział ucznia w tych zajęciach. tak nie
- Czy wyrażacie zgodę, aby dziecko brało udział w wycieczkach szkolnych takich jak spacer, wizyty w bibliotece itp? tak nie
- Czy wyrażacie zgodę na umieszczanie prac dziecka na stronie internetowej tak nie
(imiona dzieci nie będą umieszczane)
- Czy wyrażacie zgodę na umieszczenia dziecka zdjęć z życia szkoły w lokalnych gazetach i czasopiśmie? tak nie
Zarząd szkolny nie może być pociągnięty do odpowiedzialności za zdjęcia i filmy nakrecone przez rodziców na uroczystościach szkolnych, wycieczkach, koncertach itp.
- Ja, osoba niżej podpisana, rozumiem iż dane zawarte w tym kwestionariuszu będą przechowywane przez szkołę i mogą zostać użyte przez Zarząd Szkoły w sytuacji wyboru rodzica do zarządu szkoły. Jednocześnie potwierdzam, że niektóre dane mogą zostać przekazane do:
 - Ministerstwa Edukacji i nauki (Religijne i kulturowe pochodzenie *) tak nie
 - Instytucji zdrowia medycznego tak nie
 - Szkoł, do których uczeń zostanie przeniesiony tak nie

OSWIADCZENIE:

Oświadczam, iż informacje podane powyżej są zgodne z prawdą.

Potwierdzam, że otrzymałem i przeczytałem szkolną broszurę, kodeks dyscypliny i regulamin korzystania z internetu.

Potwierdzam, że zapisany przeze mnie uczeń będzie podlegał tym kodeksom i regulaminom.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w badaniach przesiewowych przeprowadzanych w szkole.

Niniejszym oświadczam, że uczeń będzie w pełni stosować się do i przestrzegać wszystkich szkolnych regulaminów w Szkole Podstawowej im. Św. Józefa w Macroom.

Podpis rodzica/ legalnego opiekuna _____

Data _____

Proszę zwrócić ten formularz do dyrektorki szkoły. Proszę dołączyć świadectwo urodzenia i świadectwo chrztu (jeśli uczeń został ochrzczony poza naszą parafią). Proszę dołączyć kopie wszelkich dokumentów przebytych badań specjalistycznych, które dotyczą rozwoju ucznia