

Adres e-mail		
DANE OJCA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA (wypełnia rodzic/ prawny opiekun)		
Nazwisko		
Imię		
Adres zamieszkania (dotyczy również zagranicy)	ulica, nr domu, nr mieszkania	
	miasto, kod pocztowy	
	powiat	
	gmina, województwo	
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
POZOSTAŁE INFORMACJE		
Orzeczenie (zaznacz X)	<input type="checkbox"/> tak *jeżeli tak, prosimy o dostarczenie oryginału dokumentu	<input type="checkbox"/> nie
Opinia ZPPP (zaznacz X)	<input type="checkbox"/> tak *jeżeli tak, prosimy o dostarczenie oryginału dokumentu	<input type="checkbox"/> nie
Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (zaznacz X)	<input type="checkbox"/> tak *jeżeli tak, prosimy o dostarczenie kopii dokumentu	<input type="checkbox"/> nie
Karta indywidualnych potrzeb ucznia (zaznacz X)	<input type="checkbox"/> tak *jeżeli tak, prosimy o dostarczenie kopii dokumentu	<input type="checkbox"/> nie
Zajęcia terapeutyczne (zaznacz X)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Stan zdrowia dziecka/ ewentualna opieka specjalistyczna	

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU UCZNIĄ

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych podczas zajęć i uroczystości szkolnych zorganizowanych przez Zespół Szkół przy Teatralnej w Pile oraz związanych z uczestnictwem w programach, projektach, zawodach, konkursach, wycieczkach i innych uroczystościach/imprezach.

Ponadto wyrażam zgodę na umieszczanie i publikowanie wykonanych prac na stronie internetowej szkoły, profilach internetowych zarządzanych przez szkołę oraz w mediach w celu informacji i promocji szkoły.

(Zgodnie z Art.81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych o rozpowszechnianie wizerunku)

data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym podaniu są zgodne ze stanem faktycznym. Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym podaniu, w systemach informatycznych w celu przeprowadzenia procedury rekrutacji do szkoły. Ponadto w przypadku zakończenia rekrutacji z wynikiem pozytywnym wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych przez szkołę oraz organ prowadzący i organy uprawnione do nadzoru nad jednostkami oświatowymi w zakresie związanym z procesem kształcenia. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Zgadzamy się na współpracę ze szkołą oraz Radą Rodziców.

data i czytelny podpis kandydata

data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

REZYGNUJĘ Z UCZESTNICTWA MOJEGO DZIECKA W ZAJĘCIACH Z EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Działając w oparciu o Rozporządzenie Ministra Edukacji z 7 kwietnia 2025 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 467).

- Edukacja zdrowotna / rezygnacja TAK NIE

data i czytelny podpis kandydata

data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

DEKLARUJĘ UCZESTNICTWO MOJEGO DZIECKA W ZAJĘCIACH Z RELIGII / ETYKI

Na podstawie & 1 Rozporządzenia MEN Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 kwietnia 1992 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania nauki religii w szkołach publicznych (Dz.U.1992 nr 36 poz.155 z późn.zm.)

Religia	TAK	NIE
Etyka	TAK	NIE
Religia i etyka	TAK	NIE

data i czytelny podpis kandydata

data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

ZAŁĄCZNIKI/ WYMAGANE DOKUMENTY (wypełnia szkoła)

Podanie o przyjęcie do szkoły	<input type="checkbox"/>
2 fotografie (podpisane)	<input type="checkbox"/>
Odpis skrócony aktu urodzenia (kserokopia)	<input type="checkbox"/>
Orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Orzeczenie o niepełnosprawności lub opinia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (oryginał !)	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki w danym zawodzie	<input type="checkbox"/>
Świadectwo ukończenia szkoły	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie o wynikach egzaminu ósmoklasisty	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie od pracodawcy	

* Skierowanie do Wielkopolskiego Ośrodka Medycyny Pracy- do odbioru w sekretariacie szkoły.

POWYŻSZE DOKUMENTY NALEŻY ZŁOŻYĆ W KOSZULCE FOLIOWEJ W SEKRETARIACIE SZKOŁY (I piętro)