**Wniosek o kontynuację nauki w klasie pierwszej w roku szkolnym 2016/2017 w Szkole Podstawowej Nr 2 im. Gustawa Gizewiusza**

**w Ostródzie**

**Wypełniony wniosek należy złożyć w terminie od 1.03 do 25.03.2016 r. do godz. 15.00 w sekretariacie szkoły**

**1. DANE O DZIECKU I RODZINIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię** (imiona)  **i nazwisko dziecka** |  | | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia dziecka** |  | | | | | | | | | | | |
| **Nr PESEL dziecka**,  *(w przypadku braku PESEL; seria i nr paszportu, innego dokumentu potwierdzającego tożsamość*) |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| *inny dokument:* | | | | | | | | | | | |
| **Adres miejsca zamieszkania dziecka** | Miejscowość: …………………………..…..… Gmina: ……………..…….………….  Ulica. ……………………………………………………………………………… nr ………….../…..……… | | | | | | | | | | | |
| **Imiona i nazwiska rodziców dziecka** | **matki** | | | | | | **ojca** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **Adres miejsca zamieszkania rodziców dziecka (miejscowość, ulica, gmina)** |  | | | | | |  | | | | | |
| **Nr telefonu rodziców dziecka** |  | | | | | |  | | | | | |
| **Szkoła i oddział, do którego uczęszczało dziecko w roku szkolnym 2015/2016** | ………………………………………………………………………………………...........  *(nazwa szkoły)*  klasa pierwsza …….. | | | | | | | | | | | |

**2. DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU**

Inne istotne informacje sygnalizowane przez rodziców o stanie zdrowia, diecie i rozwoju dziecka ważne dla zapewnienia odpowiedniej opieki, odżywiania oraz metod opiekuńczo-wychowawczych, które rodzic chciałby w tym miejscu podać.

TAK □ NIE □

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….*

**3. Kontynuowanie nauki w klasie pierwszej w roku szkolnym 2016/2017**

Deklaruję, że od 1 września 2016 roku moje dziecko / dziecko, nad którym sprawuję opiekę prawną /

będzie kontynuowało naukę w klasie pierwszej w Szkole Podstawowej nr 2 w Ostródzie

**…………………………………… ……………………………………………**

*Data Czytelny podpis rodzica kandydata*