



PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY PODSTAWOWEJ „TIBA” DLA DZIECI Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Proszę o przyjęcie mojego dziecka do Szkoły Podstawowej „TIBA” dla Dzieci z Zaburzeniami ze Spektrum Autyzmu, ul. Wrocławska 75, 30-011 Kraków, prowadzonej przez Krakowskie Centrum Diagnozy i Terapii Dzieci ‘F8’ sp. z o.o. ul. Wrocławska 75, Kraków.

INFORMACJE O DZIECKU:

Nazwisko i imiona dziecka:

.....

Klasa.....

Miejscowość i data urodzenia dziecka:

Adres zamieszkania dziecka:.....

Czy dziecko jest cukrzykiem ? TAK / NIE

Czy dziecko jest chore na epilepsję ? TAK / NIE

Czy dziecko jest na diecie ? TAK / NIE jakiej.....

Czy dziecko przyjmuje stałe leki ?TAK/NIE jakie.....

Inne choroby

.....

Inne ważne informacje (np. choroby, alergie, rodzina zastępcza, itp.)

.....

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na:

.....

Podstawowa Szkoła TIBA dla Dzieci z Zaburzeniami ze Spektrum Autyzmu,
ul. Wrocławska 75, Kraków,
Tel. 792 062 551, sekretariat@tiba.edu.pl, www.szkoła-autyzm.pl

INFORMACJE O RODZICACH / OPIEKUNACH:

Ojciec / Matka / Opiekun ustawowy (właściwe zakreślić)

Nazwisko i imię :

.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon):.....

Adres e-mail:.....

Ojciec / Matka / Opiekun ustawowy (właściwe zakreślić)

Nazwisko i imię :

.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon.....

Adres e-mail:.....

Informacje dotyczące danych osobowych dziecka i jego rodziny:

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystanie przez dyrektora szkoły – w celach związanych z przyjęciem i pobytem naszego dziecka w szkole - danych osobowych rodziców / opiekunów i dziecka oraz osób upoważnionych do odbierania dziecka, zgodnie z Ustawą z 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz.U 2002 nr 101, poz. 926 ze zm.).

W/w informacje są zebrane w celu szybkiego kontaktu w nagłych okolicznościach oraz poznania sytuacji rodzinnej dziecka. Są udostępnione tylko personelowi szkoły, który jest zobowiązany do zachowania tajemnicy służbowej. Na zebranie powyższych danych o dziecku i jego rodzinie **wyrażam zgodę.**

Data

Czytelny podpis rodzica/opiekuna: