

ARKUSZ DZIECKA kl. I

Imiona dziecka
imię pierwsze imię drugie

nazwisko dziecka

Data urodzenia: w.....

woj. PESEL (dziecka) _ _ _ _ _

Adres **zamieszkania** dziecka / Adres **zameldowania** dziecka

ulica, nr /

kod pocztowy /

miejsowość..... /

województwo /

Do jakiego przedszkola dziecko uczęszczało do „O” –

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)*

Nazwisko i imię ojca / prawnego opiekuna	Nazwisko i imię matki / prawnej opiekunki
Adres zamieszkania miejsowość..... ul nr domu/mieszkania..... tel.	Adres zamieszkania miejsowość ul. nr domu/mieszkania tel.
Zawód wyuczony lub wykonywany	Zawód wyuczony lub wykonywany
Nazwa zakładu pracy	Nazwa zakładu pracy

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz. U. 2002r., Nr 101, poz. 926):
- Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 3 im. Pamięci Kolejarzy Chojnickich w Chojnicach
- Dane zawarte w Arkuszu Dziecka podlegają ochronie i wykorzystywane będą wyłącznie w celach oświatowych.

Chojnice, dnia

* niepotrzebne skreślić

.....

podpis rodzica/opiekuna

Drodzy Państwo!

Prosimy serdecznie, abyście odpowiedzieli Państwo na poniższe pytania dotyczące zdrowia Waszego dziecka. Mając to na uwadze, dołożymy wszelkich starań, aby zapewnić w czasie pobytu dziecka w szkole pełne bezpieczeństwo oraz harmonijny rozwój fizyczny.

Umożliwi nam to stworzenie dokładnego obrazu stanu zdrowia naszych uczniów i zorganizowanie nauki w taki sposób, aby czuły się one w szkole jak najlepiej

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi w kółeczko

1. Czy dziecko jest alergikiem? TAK NIE
Jeśli tak, to na co jest uczulone?

.....

2. Czy dziecko choruje na serce? TAK NIE
Jeśli tak, to jaka jest to dolegliwość?

.....

3. Czy dziecko nosi okulary? TAK NIE
Proszę wymienić wadę wzroku

.....

4. Czy dziecko posiada wadę słuchu? TAK NIE
Jeśli tak proszę wymienić

.....

5. Czy dziecko posiada wady wrodzone? TAK NIE
Jeśli tak, to jakie?

.....

6. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez PCPR? TAK NIE
(jeśli tak, proszę dostarczyć kopię do szkoły)

7. Czy dziecko posiada orzeczenie lub opinię wydane przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną?
(jeśli tak, proszę dostarczyć kopię do szkoły) TAK NIE

8. Czy dziecko ma określoną lateralizację TAK NIE
(czy jest leworęczne czy praworęczne)?

9. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przeprowadzenie u dziecka przesiewowych badań logopedycznych

10. Inne istotne uwagi dotyczące dziecka

.....

.....

.....

Do arkusza danych dziecka należy dołączyć kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia z numerem ewidencyjnym PESEL

Dziękujemy za wypełnienie ankiety