

# WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO KLASY I

(spoza obwodu SP Brzeszcze)

## SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 1 Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI W BRZESZCZACH

na rok szkolny 2025/2026

Data złożenia wniosku:

| DANE OSOBOWE DZIECKA                                      |  |  |  |  |              |                |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--------------|----------------|--|--|--|--|--|
| PESEL   |  |  |  |  |              |                |  |  |  |  |  |
| Imiona  |  |  |  |  |              |                |  |  |  |  |  |
| Nazwisko  |  |  |  |  |              | Data urodzenia |  |  |  |  |  |
| Miejsce urodzenia   |  |  |  |  |              |                |  |  |  |  |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA                                |  |  |  |  |              |                |  |  |  |  |  |
| Województwo   |  |  |  |  | Powiat       |                |  |  |  |  |  |
| Gmina   |  |  |  |  | Miejscowość  |                |  |  |  |  |  |
| Ulica   |  |  |  |  |              |                |  |  |  |  |  |
| Nr domu/<br>nr mieszkania                                 |  |  |  |  | Kod pocztowy |                |  |  |  |  |  |
| ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA - jeśli inny niż adres dziecka |  |  |  |  |              |                |  |  |  |  |  |
| Województwo   |  |  |  |  | Powiat       |                |  |  |  |  |  |
| Gmina   |  |  |  |  | Miejscowość  |                |  |  |  |  |  |
| Ulica   |  |  |  |  |              |                |  |  |  |  |  |
| Nr domu/<br>nr mieszkania                                 |  |  |  |  | Kod pocztowy |                |  |  |  |  |  |

| <b>DANE OSOBOWE MATKI / OPIEKUNKI PRAWNEJ</b>                                      |  |              |  |
|--|--|--------------|--|
| Imię   |  |              |  |
| Nazwisko   |  |              |  |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA MATKI / OPIEKUNKI PRAWNEJ – jeśli inny niż adres dziecka</b> |  |              |  |
| Województwo  |  | Powiat       |  |
| Gmina  |  | Miejscowość  |  |
| Ulica  |  |              |  |
| Nr domu/<br>nr mieszkania  |  | Kod pocztowy |  |
| <b>DANE KONTAKTOWE MATKI / OPIEKUNKI PRAWNEJ</b>                                   |  |              |  |
| Telefon dom./komórka   |  |              |  |
| Adres e-mail   |  |              |  |
| <b>DANE OSOBOWE OJCA / OPIEKUNA PRAWNEGO</b>                                       |  |              |  |
| Imię   |  |              |  |
| Nazwisko   |  |              |  |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA OJCA / OPIEKUNA PRAWNEGO – jeśli inny niż adres dziecka</b>  |  |              |  |
| Województwo  |  | Powiat       |  |
| Gmina  |  | Miejscowość  |  |
| Ulica  |  |              |  |
| Nr domu/<br>nr mieszkania  |  | Kod pocztowy |  |
| <b>DANE KONTAKTOWE OJCA / OPIEKUNA PRAWNEGO</b>                                    |  |              |  |
| Telefon dom./komórka   |  |              |  |
| Adres e-mail   |  |              |  |

| DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU   |     |     |
|--|-----|-----|
| Oświadczam, że chcę aby moje dziecko uczestniczyło w lekcjach religii/etyki.   | TAK | NIE |
| Wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej szkoły oraz do kroniki szkolnej.   | TAK | NIE |
| <p>Informuję, że moje dziecko będzie korzystać z uprawnienia do otrzymywania bezpłatnego biletu miesięcznego od miesiąca .....</p> <p>Oświadczam, że droga mojego dziecka z domu do szkoły wynosi .....km</p> <p>Zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (t.j. Dz. U. 2024 poz. 750 z dnia 10 kwietnia 2024) uprawnieni do zwrotu kosztów przejazdu środkami komunikacji publicznej są uczniowie, mieszkający w obwodzie szkoły, których droga z domu do szkoły wynosi:</p> <p><b>3 km – w przypadku uczniów klas I – IV</b><br/> <b>4 km – w przypadku uczniów klas V – VIII</b></p> | TAK | NIE |
| Oświadczam, że moje dziecko będzie korzystało z zajęć świetlicowych:<br>w godzinach: od godz. .... do godz. ....   | TAK | NIE |
| Oświadczam, że moje dziecko będzie korzystało z obiadu w szkole od miesiąca .....  | TAK | NIE |
| Oświadczam, że rodzeństwo dziecka uczęszczało do Przedszkola „Pod Kasztanami”  | TAK | NIE |
| <p>Oświadczam, że rodzeństwo dziecka kontynuuje naukę w danej szkole lub w przypadku gdy dana szkoła podstawowa wchodzi w skład zespołu szkół, w szkole (przedszkolu) wchodzącym w skład tego zespołu .....</p> <p>(imię i nazwisko rodzeństwa, placówka do której uczęszcza)</p>  | TAK | NIE |
| Uwagi  |     |     |

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TREŚCI ZGŁOSZENIA

Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
podpis matki/opiekuna prawnego

.....  
podpis ojca/opiekuna prawnego

Kryteria brane pod uwagę w postępowaniu rekrutacyjnym do szkoły podstawowej zgodnie z Uchwałą Nr XX/153/2016 Rady Miejskiej w Brzeszczach z dnia 28 stycznia 2016 r.:

| Lp. | Kryteria   | Ilość punktów |
|-----|--|---------------|
| 1   | Kandydat zamieszkuje na terenie obwodu szkoły                        | /10           |
| 2   | Kandydat zamieszkuje na terenie gminy Brzeszcze                      | /9            |
| 3   | Kandydat uczęszczał do Przedszkola „Pod Kasztanami”                  | /8            |
| 4   | Rodzeństwo kandydata kontynuuje naukę w danej szkole lub przedszkolu | /7            |
| 5   | Niepełnosprawność kandydata  | /5            |
|     | Razem:   | /39           |

.....  
*imię i nazwisko rodzica*

.....  
*miejsowość, data*

**Dyrektor Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 4  
z Oddziałami Integracyjnymi  
w Brzeszczach**

Realizując zapis art. 20 ustawy o systemie oświaty dotyczącej zapewnienia mojemu dziecku podczas pobytu w Szkole Podstawowej nr 1 z Oddziałami Integracyjnymi w Brzeszczach odpowiedniej opieki oraz metod opiekuńczo-wychowawczych przekazuję Pani Dyrektor dane o stanie zdrowia, rozwoju psychicznym mojej córki / syna

.....  
Informację o stanie zdrowia dziecka uznane przez rodziców za istotne (np. alergie, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego itp.):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*Podpis rodzica / opiekuna prawnego*

.....  
*imię i nazwisko rodzica*

.....  
*miejsowość, data*

**Dyrektor Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 4  
z Oddziałami Integracyjnymi  
w Brzeszczach**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej nr 1 z Oddziałami Integracyjnymi w Brzeszczach.

.....  
*Podpis rodzica / opiekuna prawnego*