|  |  |
| --- | --- |
| Nr wniosku |  |
| Data i godzina złożenia | |
|  | |

WNIOSEK O PRZYJĘCIE KANDYDATA DO SAMORZĄDOWEGO ŻŁOBKA WE FRAMPOLU

(dotyczy dzieci uprawnionych do uczęszczania do żłobka)

## Wypełniając wniosek należy podać dane zgodnie ze stanem faktycznym. Poświadczenie nieprawdy prowadzi do odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 ze zmianami).

# DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imiona:\* | | | | | | Nazwisko:\* | | | | | |
| PESEL\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia\* | | | dzień | | | miesiąc | | | rok | | |
| W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj, serię oraz numer innego dokumentu tożsamości: | | | | | | | | | | | |

**DANE ADRESOWE KANDYDATA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adres zamieszkania | | | | | |
| Województwo\* |  | Ulica | |  | |
| Powiat\* |  | Nr budynku\* |  | Nr lokalu |  |
| Gmina\* |  | Kod pocztowy\* | |  | |
| Miejscowość\* |  | Poczta\* | |  | |

# DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE

|  |  |
| --- | --- |
| Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego | Tak / Nie |
| Przebyte choroby: |  |
| Czy dziecko przyjmuje leki? Jeśli tak to jakie? |  |
| Czy dziecko jest na coś uczulone? |  |
| Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? |  |
| Czy dziecko miewa dolegliwości? |  |
| Dieta |  |
| Niepełnosprawność | Tak / Nie |

**DANE RODZICÓW**

(W przypadku, gdy ustanowiono opiekę prawną nad dzieckiem, należy podać dane opiekunów prawnych)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Matka/opiekunka prawna | Ojciec/opiekun prawny |
| Stopień pokrewieństwa |  |  |
| Imię i nazwisko\* |  |  |
| PESEL\* |  |  |
| Miejsce pracy\* |  |  |
| Telefon |  |  |
| Adres e-mail |  |  |
| Miejsce pracy\* |  |  |
| Samotny rodzic | Tak / Nie | Tak / Nie |
| Adres zamieszkania | | |
| Kraj\* | Polska | Polska |
| Województwo\* |  |  |
| Powiat\* |  |  |
| Gmina\* |  |  |
| Miejscowość\* |  |  |
| Ulica |  |  |
| Nr budynku\* |  |  |
| Nr lokalu |  |  |
| Kod pocztowy\* |  |  |
| Poczta\* |  |  |

**KRYTERIA PRZYJĘCIA**

**Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź**. W przypadku zaznaczenia ODMAWIAM ODPOWIEDZI, kryterium,

którego ta odpowiedź dotyczy, nie będzie brane pod uwagę przy kwalifikowaniu kandydata do żłobka. Niektóre kryteria wymagają udokumentowania - w przypadku udzielenia odpowiedzi TAK dla takiego kryterium, należy

razem z Wnioskiem złożyć odpowiednie dokumenty.

|  |  |
| --- | --- |
| Podstawowe | |
| Wielodzietność rodziny kandydata (3 i więcej dzieci) | Tak / Nie / Odmawiam odpowiedzi |
| Niepełnosprawność kandydata lub niepełnosprawność  rodzeństwa kandydata | Tak / Nie / Odmawiam odpowiedzi |

|  |  |
| --- | --- |
| Niepełnosprawność jednego z rodziców/opiekunów prawnych kandydata lub niepełnosprawność obojga  rodziców/opiekunów prawnych | Tak / Nie / Odmawiam odpowiedzi |
| Oboje rodzice/opiekunowie prawni pracują, samotnie wychowujący rodzic pracuje, jeden z rodziców pracuje | oboje rodzice pracują / samotnie wychowujący rodzic pracuje / jeden rodzic pracuje / Odmawiam  odpowiedzi |
| Rodzeństwo kandydata uczęszcza do żłobka | Tak / Nie / Odmawiam odpowiedzi |
| Deklarowany czas pobytu dziecka w żłobku | do 10 godzin / powyżej 10 godzin |

|  |  |
| --- | --- |
| Automatyczne | |
| Kandydat mieszka na terenie gminy prowadzącej nabór | - - - - - - - - - - - - |

# OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TREŚCI WNIOSKU

## Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszym Wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zakwalifikowania dziecka do żłobka będę zobowiązany(a) potwierdzić wolę korzystania z usług tego żłobka w terminie podanym w harmonogramie postępowania rekrutacyjnego.

## Mam świadomość, że brak potwierdzenia woli w ww. terminie oznacza wykreślenie dziecka z listy zakwalifikowanych i utratę miejsca w żłobku.

…………………………………….., dnia ………………………………………….

## ……………………….................. …………………………..…………..

podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/opiekuna prawnego