**Druk nr 4 – Załącznik, który rodzice uzupełniają dobrowolnie w celu przekazania informacji dotyczących dziecka.**

**INFORMACJE O DZIECKU ISTOTNE DLA SZKOŁY\*:**

1) Nazwa przedszkola, do którego dziecko uczęszczało (ewentualnie adres):

…………………………………………………………………………………..……………………

2) Nazwisko i imię kolegi lub koleżanki (jedna osoba), z którą dziecko chciałoby być w jednej klasie / grupie (To życzenie powinno być obustronne i znaleźć potwierdzenie we wniosku kolegi lub koleżanki.):

……………………………………………………………………………………………………………

3) Informacje o stanie zdrowia dziecka (*stałe choroby, wady rozwojowe, alergie, diety, itp.), które mogą mieć wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole:*

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

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

4) Ewentualne zalecenia lekarskie:

……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………..................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5) Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez Powiatowy Zespół d/s Orzekania o Niepełnosprawności:  | TAK ⬜ | NIE ⬜ |

6) Dziecko posiada dokumenty wydane przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju
 | TAK ⬜ | NIE ⬜ |
| * opinię psychologiczno – pedagogiczną
 | TAK ⬜ | NIE ⬜ |
| * orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
 | TAK ⬜ | NIE ⬜ |

 \* Wskazane, jednak nie obowiązkowe, jest podanie w/w informacji lub dołączenie kopii dokumentów ze względu na możliwość udzielenia dziecku pomocy psychologiczno – pedagogicznej przez szkołę.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7) Moje dziecko może uczęszczać do klasy / grupy integracyjnej  | TAK ⬜ | NIE ⬜ |

**JAKO RODZIC (OPIEKUN PRAWNY) wyrażam zgodę na:**

* przeprowadzanie przez pielęgniarkę szkolną kontroli, w przypadku podejrzenia wystąpienia zagrożeń higienicznych w Szkole. TAK NIE

Przasnysz, dn.............................. ............................................................. (czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna)