Załącznik nr 4

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia placówka**  pieczęć placówki | |
| Data złożenia |  |
| Godzina złożenia |  |
| Nr ewidencyjny | ……………/24/25 |

**DEKLARACJA KONTYNUACJI**

**uczestnictwa w zajęciach Powiatowego Centrum Kultury Sportu i Rekreacji   
w Zduńskiej Woli w roku szkolnym 2024/2025**

**A. Adresat wniosku i lista preferencji**

**1.** Deklaruję wolę kontynuowania korzystania z usług Powiatowego Centrum Kultury Sportu i Rekreacji w Zduńskiej Woli   
 w roku szkolnym 2024/2025, dziecka wskazanego w części B niniejszej deklaracji na zajęciach:

rytmiczno-plastyczne (4-6 lat) taniec nowoczesny (6-16 lat) taniec ludowy „Zduńskowolanie” (od 5 lat)  
  
wokalne (od 6 lat) ceramiczne (od 7 lat) teatralne (FACE TO FACE / od 15 lat) teatralne (WIERSZYDŁO / 6 - 14 lat)

- należy oznaczyć „**X**” przy wybranym rodzaju zajęć.

**B. Dane osobowe dziecka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane identyfikacyjne dziecka** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| imię\* | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwisko\* | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL\*** | | |  |  | |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  | |
| w przypadku braku numeru PESEL - seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| data i miejsce urodzenia\* | | | dzień/miesiąc | | | | | rok | | | | | | | miejsce | | | | | | | |
| **Dane identyfikacyjne i kontaktowe rodziców lub opiekunów prawnych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **matka (opiekun prawny 1)** | | | | | | | | | | **ojciec (opiekun prawny 2)** | | | | | | | | |
| imię\* | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| nazwisko\* | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| telefon kontaktowy | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| adres e-mail | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Adresy zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **dziecko** | | | | | | | **matka (opiekun prawny 1)** | | | | | | | | **ojciec (opiekun prawny 2)** | | | | |
| miejscowość\* | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| ulica\* | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| nr domu\* | nr mieszk.\* |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | |
| kod pocztowy\* | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| poczta\* | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |

**DZIECKO PO ZAJĘCIACH** (właściwe zaznaczyć) **WRACA SAMO DO DOMU ❑   
 BĘDZIE ODBIERANE PRZEZ RODZICÓW/OPIEKUNÓW ❑**

**C. Inne informacje o dziecku**

Przekazywane przez rodzica zgodnie z art. 155 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 59 ze zm.)\* *(stała choroba, wady rozwojowe, alergie, ewentualne potrzeby specjalne…)*

**…………………………………………………………………………………………………………….……………….……………………………….….…………**

**…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………..……………………….…..**

\* Art. 155 ustawy Prawo oświatowe: „W celu zapewnienia dziecku podczas pobytu w publicznym przedszkolu, oddziale przedszkolnym w publicznej szkole podstawowej, publicznej innej formie wychowania przedszkolnego, publicznej szkole i publicznej placówce, o której mowa w art. 2 pkt 8, odpowiedniej opieki, odżywiania oraz metod opiekuńczo-wychowawczych rodzic dziecka przekazuje dyrektorowi przedszkola, szkoły lub placówki uznane przez niego za istotne dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym dziecka.”

  
**D. Oświadczenia dotyczące treści wniosku**

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

Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z przepisami ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 59 ze zm.) oraz przepisów wykonawczych, obejmujących zasady rekrutacji do placówki oraz zasadami wprowadzonymi przez Powiat Zduńskowolski jako organ prowadzący oraz dyrektora placówki, do której kierowany jest niniejszy wniosek. W szczególności mam świadomość przysługujących komisji rekrutacyjnej rozpatrującej niniejszy wniosek uprawnień do potwierdzania okoliczności wskazanych w powyższych oświadczeniach.

**Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zakwalifikowania dziecka na zajęcia placówki będę zobowiązany(a) potwierdzić wolę korzystania z usług placówki w terminie od 3 czerwca od godz. 10.00 do 14 czerwca do godz. 18.00.**

**Mam świadomość, że brak potwierdzenia woli w ww. terminie oznacza wykreślenie dziecka z listy zakwalifikowanych i utratę miejsca   
na zajęciach placówki**.

*........................................................ ....................................................  
 (podpis matki / opiekuna prawnego 1) i/lub (podpis ojca / opiekuna prawnego 2)*