Załącznik nr 4 do regulaminu rekrutacji dzieci

do Samorządowego Przedszkola w Justynowie

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO SAMORZĄDOWEGO**

**PRZEDSZKOLA W JUSTYNOWIE W ROKU SZKOLNYM 2020/2021**

## I. Dane osobowe dziecka/kandydata:

|  |
| --- |
| Dane dziecka |
| imię i nazwisko |       |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | data urodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |  |  |
| **Adres zamieszkania dziecka** |  |
|  |   |
| **Adres zamieszkania matki dziecka lub prawnego opiekuna** |
|        |

**II. Informacje o złożeniu wniosku o przyjęcie do wybranych przedszkoli:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przedszkole **I** preferencji |  |  |
| Przedszkole **II** preferencji |  |  |
| Przedszkole **III** preferencji |  |  |

III. Dane rodziców lub prawnych opiekunów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **matka lub opiekun prawny** | **ojciec lub opiekun prawny** |
| imię i nazwisko |       |       |
|  |  |  |
| telefony kontaktowe |  |  |
| e-mail |       |       |

**IV. Informacje o spełnianiu kryteriów rekrutacji.**

1. **Kryteria ustawowe i załączniki -(przy każdym kryterium proszę zaznaczyć X )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Wielodzietność0 rodziny dziecka ubiegającego się o przyjęcie (troje lub więcej dzieci) |  TAK |  NIE |  Zał. |
| 2. | Niepełnosprawność dziecka ubiegającego się o przyjęcie do przedszkola |  TAK |  NIE |  Zał. |
| 3. | Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata |  TAK |  NIE |  Zał. |
| 4. | Niepełnosprawność obojga rodziców dziecka ubiegającego się o przejecie do przedszkola |  TAK |  NIE |  Zał. |
| 5. | Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata |  TAK |  NIE |  Zał. |
| 6. | Samotne wychowywanie dziecka w rodzinie |  TAK |  NIE |  Zał. |
| 7. | Objęcie dziecka pieczą zastępczą |  TAK |  NIE |  Zał. |

1. **Kryteria dodatkowe - (przy każdym kryterium proszę zaznaczyć X )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  Dziecko mające ustawowe prawo w danym roku rekrutacyjnym do wychowania przedszkolnego ubiegające się o przyjęcie do przedszkola lub oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej położonej w odległości do 3km od miejsca zamieszkania. |  TAK |  NIE |  - |
| 2. |  Dziecko, którego rodzeństwo kontynuuje pobyt w placówce oświatowej, przedszkolu lub oddziale przedszkolnym przy szkole podstawowej prowadzonej przez Gminę Andrespol. |  TAK |  NIE |  - |
| 3. |  Dziecko, którego obojga rodzice/opiekunowie prawni pracują w pełnym wymiarze godzin lub uczą się w trybie dziennym, potrzebującej całodziennej opieki przedszkolnej. |  TAK |  NIE |  Zał. |
| 4 |  Dziecko zgłoszone na pobyt dłuższy niż godziny realizacji bezpłatnego nauczania , wychowania i opieki. |  TAK |   NIE |  - |

**V**. **Oświadczenie rodziców/prawnych opiekunów:**

**Deklaruję uczęszczanie dziecka w godzinach** od……………...…… do ………………… oraz korzystanie z następujących posiłków: **śniadanie, obiad, podwieczorek** (proszę podkreślić).

**Oświadczam, że we wszystkich dokumentach związanych z uczęszczaniem dziecka do przedszkola, podpis jednego z rodziców jest wiążący.**

**Wypełniony wniosek należy oddać do przedszkola do 31 marca 2020 r.**

**W przypadku zakwalifikowania się dziecka do przedszkola zobowiązuję się zgłosić do przedszkola w dniach od 16.04 do 28.04.2020r. w celu podpisania potwierdzenia woli przyjęcia do przedszkola w postaci pisemnego oświadczenia.**

 Justynów, dnia:…………………………………….............……

**Czytelny podpis:**

matki/opiekunki prawnej ……….……………… ojca/opiekuna prawnego………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………… …………………………………………….

(Data złożenia wniosku) (Podpis osoby przyjmującej)

**VII. Postępowanie rekrutacyjne (wypełnia Komisja Rekrutacyjna)**

Komisja Rekrutacyjna Samorządowego Przedszkola w Justynowie na posiedzeniu w dniu ……………...……................................. **zakwalifikowała dziecko/nie zakwalifikowała** **dziecka** z powodu braków formalnych we wniosku.

Komisja Rekrutacyjna Samorządowego Przedszkola w Justynowie na posiedzeniu w dniu ……………............................................ **przyjęła w I etapie** **/ przyjęła w II etapie** / **nie przyjęła** dziecka z powodu uzyskania niewystarczającej liczby punktów.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | kryterium ustawowe | kryterium dodatkowe |
| numer |  TAK/NIE | numer | Liczba uzyskanych punktów |
| 1. |  | 1. |  |
| 2. |  | 2. |  |
| 3. |  | 3. |  |
| 4. |  | 4. |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
|  | Suma punktów : |

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

Podpis przewodniczącego. Podpisy członków komisji.