|  |
| --- |
| Data wpływu………………………….  Godzina……………………………….  Numer rekrutacyjny………………….. |

………………………………………………………………………

Imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica kandydata

……………………………………….………………………………

…………………………………..……………………………………

Adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

**Dyrektor Publicznego Żłobka w Łubiance**

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA**

**DO PUBLICZNEGO ŻŁOBKA W ŁUBIANCE**

**I. DZIECKO**

1. Imię i nazwisko .................................................................. 2. Data urodzenia ................................

3. PESEL ...............................................................................................................................................

4. Adres zamieszkania ..........................................................................................................................

* 1. Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności TAK / NIE , jeśli tak to jakie .........................

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

**II. RODZICE/OPIEKUNOWIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzic / opiekun prawny** | |  | **Rodzic / opiekun prawny** |
| 1. | Imię i nazwisko | 1. | Imię i nazwisko |
|  | ............................................................... |  | ........................................................ |
| 2. | PESEL ……….................................... | 2. | PESEL…………………………... |
| 3. | Miejsce zamieszkania | 3. | Miejsce zamieszkania |
|  | ............................................................. |  | ........................................................ |
|  | telefon ................................................... |  | telefon............................................ |
|  | e-mail ................................................... |  | e-mail ............................................ |
| 4. | Nazwa i miejsce zakładu pracy/uczelni | . | 4. Nazwa i miejsce zakład pracy/uczelni |
|  | ............................................................... |  | ........................................................ |
|  | ............................................................... |  | ........................................................ |

1. **RODZEŃSTWO**
   1. Wiek / adres żłobka lub placówki oświatowej / stopień niepełnosprawności:
      1. ............................................................................................................................................
      2. ............................................................................................................................................
      3. ............................................................................................................................................
      4. ............................................................................................................................................

**IV.** **.OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **tak** | **nie** |
| **1** | **adres zamieszkania dziecka obejmuje teren gminy Łubianka** |  |  |
| **2** | **adres zamieszkania rodziców/opiekunów obejmuje**  **teren gminy Łubianka** |  |  |
| **3** | Dziecko, którego dotyczy wniosek ma ukończone 12 miesięcy |  |  |
| **4.** | **rodzic/rodzice/opiekun/opiekun prawny:** | | |
| **a** | jest zatrudniony na umowę o prace |  |  |
| **b** | uczy się w trybie dziennym |  |  |
| **c** | świadczy usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej |  |  |
| **d** | prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą |  |  |
| **e** | prowadzi działalność rolniczą |  |  |
| **4** | posiada na utrzymaniu troje lub więcej dzieci do 18 r. życia lub do 25 r.ż. w przypadku kontynuowania nauki |  |  |
| **5** | posiada stopień niepełnosprawności |  |  |
| **6** | zrezygnował z zatrudnienia w celu sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością |  |  |
| **7** | Dziecko, którego dotyczy wniosek posiada orzeczenie o niepełnosprawności |  |  |
| **8** | Rodzeństwo dziecka, którego dotyczy wniosek posiada orzeczenie o niepełnosprawności |  |  |
| **9** | dziecko, którego dotyczy wniosek, ma rodzeństwo, które uczęszcza lub ubiega się jednocześnie o miejsce w Publicznym Żłobku w Łubiance |  |  |

Oświadczam/y, że zapoznałem/łam/liśmy się z zasadami naboru dzieci do Publicznego Żłobka w Łubiance określonymi w statucie Publicznego Żłobka w Łubiance.

*Uprzedzony/na o odpowiedzialności karnej art. 233 § 6 Kodeksu Karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem zgodność z prawdą informacji oraz danych przedstawionych w karcie*

**V. Dodatkowe niezbędne informacje, które rodzice chcieli by przekazać**

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

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

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

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

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

Łubianka, dnia ............................. .............................................................

(podpis rodzica/opiekuna)

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

(podpis rodzica/opiekuna)