



SZKOŁA PODSTAWOWA SIÓSTR ZMARTWYCHWSTANEK
IM. BŁOGOSŁAWIONEJ SIOSTRY ALICJI KOTOWSKIEJ W WARSZAWIE
ul. Krasińskiego 31; 01-784 Warszawa; tel. 22 663 87 77 lub 22 663 35 42;
www.zmartwychwstanki.edu.pl; e-mail: szkola@szarotka.edu.pl

KARTA ZGŁOSZENIA UCZNIĄ

DO KLASY PIERWSZEJ

NA ROK SZKOLNY 2018/2019

| | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|
| Imię/ imiona dziecka | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko dziecka | | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia dziecka | | | | | | | | | | | | |
| Numer PESEL dziecka | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko matki | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko ojca | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania dziecka | | | | | | | | | | | | |
| Telefon i adres e-mailowy matki | tel. | | | | | | | | | | e-mail: | |
| Telefon i adres e-mailowy ojca | tel. | | | | | | | | | | e-mail: | |
| Podpisy rodziców/ opiekunów prawnych | | | | | | | | | | | | |
| Data złożenia Karty zgłoszenia | | | | | | | | | | | | |

Załączniki:

1. kopia wstępnej diagnozy gotowości szkolnej dziecka z przedszkola/szkoły lub
2. kopia opinii o dziecku od nauczyciela z przedszkola/szkoły lub
3. kopia opinii o dziecku od psychologa przedszkolnego/szkolnego.