



KARTA UCZNIĄ

ROK SZKOLNY 2024/2025

Wypełnia Pracownik Ośrodka	Data złożenia dokumentu:
----------------------------	--------------------------

DANE IDENTYFIKACYJNE UCZNIĄ:

NAZWISKO:			
IMIĘ:		DRUGIE IMIĘ:	
DATA URODZENIA:		MIEJSCE URODZENIA:	
PESEL:			TELEFON DO UCZNIĄ:

DANE ADRESOWE UCZNIĄ:

ADRES ZAMIESZKANIA:		NR. DOMU/LOKALU:	
MIEJSCOWOŚĆ:		KOD POCZTOWY:	
GMINA:		POWIAT:	
WOJEWÓDZTWO:			

DANE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

	MATKA/ OPIEKUNKA PRAWNA	OJCIEC/ OPIEKUN PRAWNY
NAZWISKO I IMIĘ:		
TELEFON:		
ADRES E-MAIL:		

WYBRANA SZKOŁA (w odpowiednim miejscu zaznaczyć x) :

<input type="checkbox"/>	w przypadku braku miejsc w wybranym zawodzie, uczeń może zostać przydzielony do innej, grupy w wolnej specjalizacji
<input type="checkbox"/>	SZKOŁA PODSTAWOWA DLA DZIECI Z AUTYZMEM
<input type="checkbox"/>	IV LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE
<input type="checkbox"/>	JĘZYK HISZPAŃSKI
<input type="checkbox"/>	JĘZYK ROSYJSKI
<input type="checkbox"/>	SZKOŁA BRANŻOWA i STOPNIA NR 4
<input type="checkbox"/>	ELEKTRONIK
<input type="checkbox"/>	LOGISTYK
<input type="checkbox"/>	OGRODNIK
<input type="checkbox"/>	SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY NR. 5
<input type="checkbox"/>	SZKOŁA POLICEALNA
<input type="checkbox"/>	ARCHIWISTA
<input type="checkbox"/>	ADMINISTRACJA



UCZEŃ WNIOSKUJE O MIEJSCE ZAMIESZKANIA W OŚRODKU (decyduje kolejność zgłoszeń)	TAK	NIE
UCZEŃ WYMAGA CAŁODOBOWEJ OPIEKI W SYSTEMIE 1/1:	TAK	NIE
CZY UCZEŃ MA PROBLEMY ZDROWOTNE, O KTÓRYCH POWINNA WIEDZIEĆ PIELĘGNIARKA LUB WYCHOWAWCA KLASY (leki, alergie, inne...). Jeśli TAK to proszę zgłosić pielęgniarce Ośrodka lub wychowawcy klasy.	TAK	NIE
UCZEŃ UBIEGA SIĘ O DOWÓZ DO SZKOŁY: (GMINA LUB MIASTO POZNAŃ)	TAK	NIE

UCZEŃ PORUSZA SIĘ: (w odpowiednim miejscu zaznaczyć x)

SAMODZIELNIE:	TAK	NIE
PRZY POMOCY WÓZKA:	TAK	NIE
PRZY POMOCY BALKONIKA:	TAK	NIE
PRZY POMOCY KULI:	TAK	NIE
INNE...		

DANE DOTYCZĄCE RODZINY (uczeń w rodzinie zastępczej, Placówce, odebrana bądź ograniczona władza rodzicielska)

.....

OBOWIĄZKOWE ZAŁĄCZNIKI:

1.	Decyzję o skierowaniu do placówki wydane przez urząd Miasta Poznania
2.	3 szt. fotografii legitymacyjnych, opis na odwrocie: nazwisko i imię, data ur.
3.	Aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej- <i>oryginal</i>
4.	Świadectwo ukończenia: (<i>oryginal</i>) Szkoły Podstawowej (<i>LO, Szkoła Branżowa I Stopnia, SPdP</i>) Szkoły Średniej (<i>Szkoła Policealna</i>) Świadectwo szkolne ukończenia klasy programowo niższej (w przypadku ubiegania się o przyjęcie do klasy wyższej)
5.	Zaświadczenie lekarskie z Poradni Medycyny Pracy (<i>Szkoła Policealna, Szkoła Branżowa I Stopnia</i>) – <i>oryginal</i>

OBOWIĄZKOWE DOKUMENTY DO AMBULATORIUM (pozostawiamy w sekretariacie w zamkniętej kopercie):

6.	Karta zdrowia ucznia (<i>LO, Szkoła Branżowa I Stopnia, SPdP, Szkoła Policealna</i>)
7.	Karta szczepień
8.	Uczniowie przyjmujący leki na stałe, wymagane zalecenie od lekarza na ich podawanie, dokumentacja medyczna)

DODATKOWE ZAŁĄCZNIKI I INFORMACJE:

9.	Zgoda na rozpowszechnienie i wykorzystanie danych osobowych i wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych.
10.	Wyniki egzaminu ósmoklasisty- <i>oryginal</i>
11.	Zgłoszenie dot. uczęszczania na lekcje religii/etyki (<i>Przedszkole, Szkoła podstawowa, LO, Szkoła Branżowa I Stopnia, Szkoła Przystosowująca do Pracy</i>)

- o Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym podaniu są zgodne ze stanem faktycznym.
- o Oświadczam, że zapoznałem(lam) się ze Statusem Ośrodka Szkolno- Wychowawczego dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej im. Z. Tylewicza w Poznaniu oraz regulaminami szkolnymi obowiązującymi w SOSW i zobowiązuje się do ich przestrzegania w okresie mnie obowiązującym.

DATA

PODPIS OJCA/ MATKI/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOLETNIEGO KANDYDATA

