



Zespół Kształcenia Podstawowego i Gimnazjalnego nr 20, Gdańsk ul. Poli Gojawiczyńskiej 10;  
tel. 58 345 82 78; tel./fax. 58 347 68 81

## Gimnazjum nr 27 im. Mariusza Zaruskiego

### KWESTIONARIUSZ - PODANIE

(Należy wypełnić drukowanymi literami)

Proszę o przyjęcie mnie do klasy .....  
nazwa danej klasy

W przypadku niezakwalifikowania się do wybranej klasy jestem zainteresowana(y) w drugiej

kolejności klasą.....  
nazwa danej klasy

lub .....  
nazwa danej klasy

Moje zainteresowania to (w tym praca w SU, praca w kołach zainteresowań itp.)

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

Moje dotychczasowe sukcesy w konkursach, zawodach itp.

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

.....  
czytelny podpis ucznia

#### Proponowane klasy w roku szkolnym 2012/2013:

- ❖ **Klasa integracyjna**
  - nauka w mało licznym zespole
- ❖ **Klasa z rozszerzonym programem z matematyki**
  - dodatkowa matematyka
- ❖ **Klasa humanistyczna**
  - program własny „Lekcje pisania”
- ❖ **Klasa z rozszerzonym programem z języka angielskiego**
  - elementy chemii po angielsku

## CZEŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ RODZICÓW

### Uwaga!

Dane osobowe dziecka proszę podać **zgodnie z aktem urodzenia**.

### DANE DOTYCZĄCE DZIECKA

<b>Nazwisko</b>			
<b>Imię</b>		<b>Drugie imię</b>	
<b>Data urodzenia</b>		<b>PESEL</b>	
<b>Miejsce urodzenia</b>		<b>województwo</b>	
<b>Adres stałego zameldowania</b>			
<b>ul.</b>		<b>nr domu</b>	
<b>nr mieszkania</b>		<b>województwo</b>	
<b>kod pocztowy</b>		<b>mięscowość</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>			
<b>ul.</b>		<b>nr domu</b>	
<b>nr mieszkania</b>		<b>województwo</b>	
<b>kod pocztowy</b>		<b>mięscowość</b>	
<b>Informacje dodatkowe</b>			
Uczeń uczęszcza do SP nr		Gimnazjum rejonowe	
Uczeń był badany w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej	Tak <input type="checkbox"/>	kiedy?.....	Nie <input type="checkbox"/>
Czy stwierdzono u ucznia dysfunkcje?	dysleksja <input type="checkbox"/>	dysortografia <input type="checkbox"/>	dysgrafia <input type="checkbox"/>
	inne <input type="checkbox"/>		
Czy uczeń pisał sprawdzian OKE w grupie dyslektycznej?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

### DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH / UCZNIĄ

	<b>Ojciec/opiekun prawny</b>	<b>Matka/opiekun prawny</b>
<b>Nazwisko</b>		
<b>Imię</b>		
<b>Telefon stacjonarny</b>		
<b>Telefon kontaktowy</b>		
<b>Adres do korespondencji</b>		
<b>Miejsce pracy</b>		

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

\*Deklaruję udział mojego dziecka w zajęciach religii TAK      NIE

\*Deklaruję dobrowolne wpłaty na Radę Szkoły w wysokości ustalonej przez Prezydium Rady Szkoły TAK      NIE

\*Zobowiązuję się dopilnować przestrzegania przez moje dziecko przepisów obowiązującego w Gimnazjum nr 27 im. M Zaruskiego regulaminu uczniowskiego i Statutu Szkoły oraz współpracować na bieżąco z pedagogami i w miarę możliwości uczestniczyć w życiu szkoły.

Zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych w zakresie dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczej działalności szkoły.

<b>Data</b>	<b>Podpis rodzica</b>
-------------	-----------------------

**DLA UCZNIĄ SPOZA OBWODU SZKOŁY**  
**Potwierdzenie ze szkoły, w obwodzie której dziecko jest zameldowane.**

Data	Pieczętka szkoły	Pieczętka i podpis dyrektora szkoły