

## Rekrutacja do Gimnazjum

### Wymagane dokumenty:

- podanie rodziców/opiekunów o przyjęcie do Gimnazjum,
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną,
- podanie o przyjęcie do Internatu,
- świadectwo ukończenia szkoły podstawowej i zaświadczenie OKE oraz świadectwo szkolne promocyjne,
- odpis skrócony aktu urodzenia,
- orzeczenie o niepełnosprawności (*jeśli uczeń posiada*),
- potwierdzenie stałego adresu zameldowania (*miejsowość, gmina, powiat*),
- dokumentacja medyczna, karta zdrowia (*jeżeli uczeń uczęszczał do innej szkoły i została założona*),
- 3 zdjęcia,
- oświadczenie (zgoda na przetwarzanie danych, udział ucznia w wycieczkach itp., promocjach medialnych Ośrodka) ważne przez cały czas nauki w Ośrodku,
- oświadczenie uczestnictwa w lekcji religii,
- wniosek o zwolnieniu lub ograniczeniu uczestnictwa w lekcji wychowania fizycznego.

Gotowe druki dostępne są w sekretariacie lub na stronie internetowej.

Rodzice lub opiekunowie prawni, których dziecko będzie korzystało z wyżywienia w stołówce Ośrodka mają możliwość skorzystania ze zwolnienia z odpłatności za wyżywienie. Odpowiedni wniosek wraz z załącznikami należy złożyć do 15 sierpnia.

### WAŻNE

**Po uzyskaniu informacji o przyjęciu do szkoły rodzice lub opiekunowie prawni składają wniosek w starostwie powiatowym właściwym ze względu na miejsce zamieszkania o objęcie dziecka kształceniem w naszym ośrodku. Do wniosku należy załączyć aktualne orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (na podstawie art. 71b ust. 5a i 5b ustawy o systemie oświaty).**

# Gimnazjum

Miejsce na fotografię

w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym  
dla Dzieci Niewidomych w Owińskach  
im. Synów Pułku  
Plac Przemysława 9  
62 – 005 Owińska

## PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie do klasy ..... Gimnazjum

Nazwisko: _____ Imiona: _____	
Data urodzenia i miejsce _____	
Miejsce zamieszkania _____	
Powiat _____	Gmina _____
Pesel _____	Telefon _____
Imię ojca _____	Imię matki _____
Zawód ojca _____	Zawód matki _____
Miejsce pracy _____	Miejsce pracy _____
_____	_____
Telefon _____	Telefon _____
Stan zdrowia _____	
Rodzaj niepełnosprawności _____	
Przeciwwskazania zdrowotne _____	
Załączniki :	
_____	
_____	
_____	
Pieczętka szkoły obwodowej	

**W szkole Podstawowej uczyłem/uczyłam się języka** \_\_\_\_\_

Owińska, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Podpis kandydata

.....  
nazwisko ucznia

.....  
miejsowość, data

.....  
nazwisko i imię rodzica/opiekuna

.....  
Adres zamieszkania: ulica nr domu

.....  
Kod, miejscowość

.....  
Województwo

.....  
Telefon

PESEL UCZNIĄ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PODANIE O PRZYJĘCIE DO INTERNATU**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie/mojego dziecka\*

.....  
do Internatu przy Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych w  
Owińskach

.....  
Podpis

## Adres do korespondencji

.....  
imię nazwisko ucznia

.....  
nazwisko i imię rodzica/opiekuna

.....  
Adres zamieszkania: ulica nr domu

.....  
Kod, miejscowość

.....  
Województwo

.....  
Kraj

.....  
telefon

## Inne uwagi

.....  
podpis

.....  
Imię i nazwisko

Owińska, dnia .....

.....  
Adres

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na:

1. Udział mojego dziecka w imprezach i wycieczkach organizowanych przez SOSWDN w Owińskach.
2. Przetwarzanie danych osobowych wizerunkowych dziecka do celów budowania pozytywnego wizerunku placówki w przestrzeni publicznej i w mediach.

**Oświadczenie ważne jest przez cały okres nauki w Ośrodku.**

.....  
Podpis rodziców

### Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) informuję, iż:  
1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych i. Synów Pułku w Owińskach  
2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji statutowych działań ośrodka  
3) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,  
4) podanie danych osobowych jest dobrowolne

.....  
imię i nazwisko rodzica lub prawnego opiekuna

Owińska, dnia .....

.....

.....  
adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

Będąc odpowiedzialnym za wychowanie mojego dziecka wyrażam życzenie, aby syn / córka

..... uczestniczył/a w lekcji religii.  
imię i nazwisko dziecka

***Oświadczenie ważne jest przez cały okres nauki w Ośrodku.***

.....  
podpis imię i nazwisko rodzica lub prawnego opiekuna

Owińska dnia .....

**Druk zwolnienia ucznia z wychowania fizycznego**

.....  
*Imię i nazwisko ucznia*

1. Jest zdolny do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego następującymi ograniczeniami :

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

2. Jest całkowicie zwolniony z zajęć wychowania fizycznego w okresie

od .....

Opinia lekarza:

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

Dane wnioskodawcy:

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

.....  
*miejsowość i data*

## WNIOSEK

o zwolnienie z częściowej\* / całkowitej\* odpłatności za posiłki w internacie

.....  
(nazwa szkoły)

**w okresie od .....** **do .....**

1. Imię i nazwisko ucznia .....

2. PESEL ucznia .....

3. Data i miejsce urodzenia ucznia: .....

4. Adres zameldowania ucznia: .....

.....

5. Adres zamieszkania ucznia .....

.....

6. Szkoła / klasa: .....

.....

7. Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych ucznia: .....

.....

8. Adres zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych ucznia: .....

.....

9. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* - niepotrzebne skreślić



.....

.....

.....

.....

.....

**W załączeniu:**

- 1) oświadczenie w sprawie osiąganych dochodów - .....,\* (Tak / Nie)
- 2) zaświadczenia z zakładu pracy o wysokości wynagrodzenia - .....,\*
- 3) zaświadczenie wydane przez naczelnika właściwego urzędu w sprawie dochodu z pozarolniczej działalności gospodarczej - .....,\*
- 4) zaświadczenie właściwego organu gminy lub nakaz płatniczy o wielkości gospodarstwa rolnego wyrażonej w hektarach przeliczeniowych ogólnej powierzchni - .....,\*
- 5) przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące wysokość alimentów, jeżeli członkowie rodziny są zobowiązani wyrokiem sądu lub ugodą sądową do ich płacenia na rzecz osoby spoza rodziny - .....,\*
- 6) przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące faktyczną wysokość otrzymanych alimentów .....,\*
- 7) inne dokumenty na podstawie, których ustalono średni miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie – należy podać jakie oraz ilość egzemplarzy:
  - .....,
  - .....,
  - .....,
  - .....,

*Kopie dokumentów może uwierzytelnić podmiot realizujący świadczenia rodzinne, notariusz lub instytucja, która dokument wydała. Przy składaniu kserokopii dokumentu nie potwierdzonego przez żadną z wyżej wymienionych instytucji należy posiadać ze sobą oryginał. Osoba odpowiedzialna w szkole za przyjmowanie wniosku potwierdza kopię za zgodność z oryginałem.*

**\* - jeśli Tak, proszę wpisać ilość składanych egzemplarzy**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

**Uwaga:**

**Wniosek należy złożyć w sekretariacie szkoły w terminie do 15 sierpnia danego roku.**

.....  
*Podpis Wnioskodawcy*

**Klauzula Informacyjna**

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych im. Synów Pułku w Owińskach
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji statutowych działań ośrodka
- 3) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
- 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne.

## Zaświadczenie Urzędu Skarbowego

.....  
pieczęć Urzędu Skarbowego

.....  
( miejscowość, data)

III. Z A Ś W I A D C Z E N I E Nr: .....  
O DOCHODACH DLA CELÓW SOCJALNYCH

**Dane podatnika:**

<b>Nazwisko i imię</b>	
NIP:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	

**Dane małżonka** (Wypełnić w przypadku łącznego rozliczania się z osiągniętego dochodu małżonków!):

Nazwisko i imię	
NIP:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	

Zaświadcza się, iż dochód (tj. przychód po potrąceniu kosztów uzyskania przychodu) w roku podatkowym ..... \*) wyniósł: .....zł .....gr.

- należny podatek wyniósł: .....zł .....gr.
- składki na ubezpieczenie zdrowotne odliczone od podatku wyniosły: .....zł .....gr.
- składki na ubezpieczenie społeczne odliczone od dochodu wyniosły: .....zł.....gr.

.....  
(podpis i pieczęć z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska)

\* Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

Zaświadczenie niniejsze na mocy art. 143 ustawy z dnia 29.08.1997 r.- Ordynacja podatkowa (Dz. U. Nr: 137, poz 926) wydane zostało z upoważnienia Naczelnika Urzędu Skarbowego celem przedłożenia w

.....

**Uwaga! Wszystkie dane wypełnia właściwy Urząd Skarbowy.**

## Zaświadczenie Urzędu Gminy / jednostki organizacyjnej Gminy

### Z A Ś W I A D C Z E N I E Nr:..... O DOCHODACH NIEPODLEGAJĄCYCH OPODATKOWANIU DO CELÓW SOCJALNYCH

Zaświadcza się, że Pan (i) .....  
zamieszkały (a) .....  
uzyskał (a) następujące dochody w ..... \*) roku:

\*\*\*\*\*

1. Dochód z pracy w gospodarstwie rolnym za ..... \*) rok o powierzchni .....ha  
fizycznych oraz ..... ha przeliczeniowych wyniósł: .....  
słownie: .....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(Podpis i pieczęć)

2. Inne dochody nie podlegające opodatkowaniu na mocy ustawy za..... \*).  
np. takie jak:

a) renty socjalne, zasiłki stałe, zasiłki gwarantowane, inne – podać jakie:

.....  
wyniosły : ..... słownie: .....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(Podpis i pieczęć)

b) dodatki do rent i emerytur z wyjątkiem zasiłków pielęgnacyjnych i sierocych, świadczenia  
alimentacyjne  
oraz inne – podać jakie:

wyniosły : ..... słownie: .....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(Podpis i pieczęć)

3. Zasiłki rodzinne w..... \*) roku wypłacono na ..... członków rodziny w kwocie:  
..... słownie: .....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(Podpis i pieczęć)

4. Inne dane:

1. Alimenty świadczone na rzecz innych osób w roku ..... \*) wyniosły .....zł.....gr.
2. Dochód utracony w roku ..... \*) wyniósł .....zł.....gr.
3. Opłata ponoszona za członków rodziny przebywającego w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie w roku ..... \*) wyniosła: .....zł.....gr.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(Podpis i pieczętka)

-----  
\* Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

**Uwaga!**

*Niniejsze zaświadczenie musi obejmować wszystkie dochody w zakresie nie podlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym zgodnie art. 3 ust. 1 c) ustawy z dnia 28 listopada 2003 R. O świadczeniach rodzinnych.*

.....  
*miejsowość i data*

Wnioskodawca:

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

### **Oświadczenie w sprawie osiąganych dochodów**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- 1) przeciętny miesięczny dochód\* rodziny wynosi: .....
- 2) liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym: .....,
- 3) **miesięczny dochód na 1 członka rodziny wynosi: .....**,
- 4) zobowiązuję się do niezwłocznego informowania dyrektora Ośrodka o wystąpieniu okoliczności uzasadniających odstąpienie od zwolnienia z odpłatności za posiłki w internacie,
- 5) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z rozpatrywaniem wniosku o zwolnienie z odpłatności za posiłki w internacie,
- 6) Świadomy/a odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
*Podpis Wnioskodawcy*

**OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE UZYSKIWANYM  
Z POZAROLNICZEJ  
DZIAŁALNOŚCI OSÓB ROZLICZAJĄCYCH SIĘ NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O  
ZRYCZAŁTOWANYM PODATKU DOCHODOWYM OD NIEKTÓRYCH PRZYCHODÓW  
OSIĄGANÝCH PRZEZ OSOBY FIZYCZNE**

Nazwisko i imię .....

Oświadczam, że w roku kalendarzowym.....\*) uzyskałam/em dochód z działalności opodatkowanej w formie:

(zakreślić odpowiedni kwadrat)

ryczałtu ewidencjonowanego

karty podatkowej

1. Dochód wyniósł..... zł.....gr.

2. Należne składki na ubezpieczenia społeczne wyniosły.....zł.....gr.

3. Należne składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosły.....zł.....gr.

4. Należny zryczałtowany podatek dochodowy wyniósł.....zł.....gr.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

\*) Wpisać rok, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

**Pouczenie**

Dochód deklarowany w oświadczeniu nie może być niższy od kwoty odpowiadającej sześciokrotności sumy należnego zryczałtowanego podatku dochodowego i składki na ubezpieczenie zdrowotne (art. 5 ust. 10 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych).

W przypadku osób rozliczających się w formie ryczałtu ewidencjonowanego osoba ubiegająca się o stypendium należy dokumentować zaświadczaniem z urzędu skarbowego o wysokości należnego ryczałtu w poprzednim roku kalendarzowym.

W przypadku osób rozliczających się w formie karty podatkowej osoba ubiegająca się o stypendium wysokość podatku dokumentuje decyzją lub decyzjami z urzędu skarbowego o wysokości karty podatkowej w poprzednim roku kalendarzowym. Wysokość karty podatkowej pomniejszona o wysokość składek na ubezpieczenie zdrowotne odliczanych od podatku stanowi podatek należny.

## Zgoda na przekazywanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych, w tym danych chronionych, zbieranych przez

.....  
(nazwa szkoły)

**(zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 – ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002r., nr 101, poz. 926, z późn. zm.).**

Dane te niezbędne są przy rozpatrywaniu wniosków o zwolnienie z częściowej/całkowitej odpłatności za posiłki w internacie ..... (nazwa szkoły) W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*czytelny podpis ucznia pełnoletniego lub  
rodzica / opiekuna prawnego ucznia małoletniego*