***Szent István*** ***Római Katolikus Általános Iskola***

***8500 Pápa, Fő tér 6.***

***Tel.: 89/324-852***

*e-mail: iskola@sztipapa.hu*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BEIRATKOZÁSI ADATLAP 2023-2024. tanév**  Az adatlapot kérjük **olvashatóan, nyomtatott betűkkel** kitölteni! | | |
| **TANULÓ** | **vezetéknév** |  |
| **keresztnév 1** |  |
| **keresztnév 2** |  |
| A gyermek nevét pontosan, a születési anyakönyvi kivonatnak megfelelően kérjük kitölteni! | |
| **TAJ szám** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | **-** |  |  |  | **-** |  |  |  | |
| **oktatási azonosítószám (11 jegyű)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **születési hely** |  |
| **születési idő (év,hónap,nap)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  | |
| **állampolgárság** |  |
| Kettős állampolgárság esetén mindkettőt kérjük beírni! | |
| **ANYA** | **viselt név** |  |
| **születési név** |  |
| Az anya jelenleg használatos és születési nevét a személyazonosító igazolványnak megfelelően kell beírni! | |
| **mobil telefonszám** |  |
| **e-mail cím** |  |
| **APA** | **név** |  |
| Az apa nevét a személyazonosító igazolványnak megfelelően kell beírni! | |
| **mobil telefonszám** |  |
| **e-mail cím** |  |
| **GONDVISELŐ** | **név** |  |
| A gondviselő nevét a személyazonosító igazolványnak megfelelően kell beírni! (Bírósági határozat hiányában az apa a gondviselő.) | |
| **mobil telefonszám** |  |
| **e-mail cím** |  |
| **Állandó lakcím** (ir.szám, település, utca, házszám, emelet, ajtó) | |  |
| **Ideiglenes lakcím** (ir.szám, település, utca, házszám, emelet, ajtó) | |  |
| ***Az állandó és ideiglenes lakcímet a gyermek lakcímkártyája alapján kérjük beírni!*** | | |

A megadott adatok kizárólag a felvételi eljárás során kerülnek felhasználásra. Az adatokat harmadik fél részére nem továbbítjuk.

A szülők együttesen gyakorolják a szülői felügyeleti jogot: igen - nem *(a megfelelőt kell aláhúzni)*

Amennyiben az egyik szülő egyedül gyakorolja a szülői felügyeleti jogot:

Szülő neve: ………………………………………….………………………….…… (szül. név: …..…………………………………….……………………,

szül. hely, idő: ……………………………………………………………….………, anyja neve: ……………………………..….……………………….,

szem. ig. száma: ……………………….………., lakcíme: …………………………….………………………………………………………...…………).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gyermekem óvodájának neve: ……………………………………………………………….

A gyermek …….. évig járt óvodába.

Gyermekem lakcím szerint a ……………………………………………………… Iskola beiskolázási körzetébe tartozik.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gyermekem háziorvosának neve: ………………………………….………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alulírott **nyilatkozom**, hogy az iskola keresztény értékrendjét és szellemiségét, Pedagógiai programját, valamint Házirendjét magamra és gyermekemre nézve elfogadom.

**Nyilatkozom**, hogy gyermekemet az iskolával szorosan együttműködve keresztény szellemben kívánom nevelni.

Tudomásul veszem, hogy a diákok minden hónap első vasárnapján diákmisén vesznek részt a Nagytemplomban, vidékiek és protestánsok a saját templomukban.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alulírott hozzájárulok**, hogy gyermekem általános iskolai tanulmányai alatt – tudtommal és beleegyezésemmel - részt vegyen az **iskolaépületen kívüli foglalkozásokon** (pl. uszoda, színház, várkerti testnevelésóra, szabadtéri játék, múzeumlátogatás, orvosi vizsgálat, városi rendezvény stb.) pedagógus felügyelete mellett.

*(a megfelelőt kell aláhúzni)* hozzájárulok / nem járulok hozzá

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alulírott hozzájárulok**, hogy a gyermekemről iskolai rendezvényeken készült **fényképeket, videó- és hangfelvételeket** az intézmény bármilyen jogszerű célból (pl.: iskola honlapja, újság, TV...), visszavonhatatlanul, korlátozásmentesen, bármilyen ellenszolgáltatás vagy díj fizetése nélkül felhasználja.

*(a megfelelőt kell aláhúzni)* hozzájárulok / nem járulok hozzá

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alulírott hozzájárulok**, hogy gyermekem részt vegyen az **iskolapszichológus** által szervezett egyéni és csoportos foglalkozásokon, melynek célja a tanulók személyiségfejlesztése, lelki egészségvédelme, továbbá a nevelő-oktató munka hatékonyságának segítése.

*(a megfelelőt kell aláhúzni)* hozzájárulok / nem járulok hozzá

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anya aláírása apa aláírása