

**Wniosek do Dyrektora Przedszkola Specjalnego nr 164**

o przyjęcie dziecka do Przedszkola Specjalnego nr 164 w Poznaniu  
od 1 września 2026 roku

| DANE DZIECKA (kandydata)                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko dziecka                                                             |  |
| Data urodzenia dziecka                                                              |  |
| PESEL dziecka<br>(w przypadku jego braku nazwa<br>i nr innego dokumentu tożsamości) |  |
| Obywatelstwo                                                                        |  |
| Adres zamieszkania dziecka                                                          |  |
| DANE RODZICÓW                                                                       |  |
| Imię i nazwisko MATKI                                                               |  |
| Adres zamieszkania matki                                                            |  |
| Adres poczty elektronicznej<br>matki                                                |  |
| Nr telefonu matki                                                                   |  |
| Imię i nazwisko OJCA                                                                |  |
| Adres zamieszkania ojca                                                             |  |
| Adres poczty elektronicznej<br>ojca                                                 |  |
| Nr telefonu ojca                                                                    |  |

| DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO                                             |                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko                                                                                |                                                                                                                                                |
| Adres zamieszkania                                                                             |                                                                                                                                                |
| Adres poczty elektronicznej                                                                    |                                                                                                                                                |
| Nr telefonu                                                                                    |                                                                                                                                                |
| INFORMACJA O DZIECKU                                                                           |                                                                                                                                                |
| Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (zaznaczyć właściwe)        | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> W TRAKCIE DIAGNOZY W PPP                              |
| Stwierdzona niepełnosprawność dziecka (z orzeczenia)                                           |                                                                                                                                                |
| Ważne informacje dotyczące zdrowia dziecka (choroby przewlekłe, uczulenia, dieta)              |                                                                                                                                                |
| W jaki sposób dziecko się porusza? (zaznaczyć właściwe)                                        | <input type="checkbox"/> SAMODZIELNIE CHODZI<br><input type="checkbox"/> CHODZI Z POMOCĄ<br><input type="checkbox"/> TYLKO NA WÓZKU/ NA RĘKACH |
| OŚWIADCZENIE RODZICÓW DOTYCZĄCE REKRUTACJI                                                     |                                                                                                                                                |
| Przedszkole Specjalne nr 164 jest dla Państwa przedszkolem:                                    | <input type="checkbox"/> PIERWSZEGO WYBORU<br><input type="checkbox"/> DRUGIEGO WYBORU<br><input type="checkbox"/> TRZECIEGO WYBORU            |
| Czy w roku szkolnym 2025/2026 dziecko uczęszcza/ło do innej placówki wychowania przedszkolnego | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                   |

Oświadczam, że dane podane w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
 Podpis rodzica/rodziców, prawnego opiekun/opiekunowie \*

\*Jeśli dziecko wychowuje ojciec i matka wymagany jest podpis obojga, podobnie w przypadku prawnych opiekunów