**Zgłoszenie do klasy I dziecka**

**zamieszkałego w obwodzie Szkoły Podstawowej nr 4**

**z Oddziałami Integracyjnymi w Libiążu**

w Zespole Szkolno – Przedszkolnym

z Oddziałami Integracyjnymi w Libiążu

**I Dane osobowe kandydata i oświadczenie o miejscu zamieszkania**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** |
| ***PESEL***  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość*** *(wypełnić wyłącznie w przypadku braku nr PESEL)* |  |
| ***Imię/Imiona*** |  | ***Nazwisko*** |  |
| ***Data urodzenia*** |  | ***Miejsce urodzenia*** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** |
| **Województwo** |  | ***Powiat***  |  |
| ***Gmina*** |  | ***Miejscowość*** |  |
| ***Ulica*** |  | ***Nr domu /******Nr mieszkania*** |  |
| ***Kod pocztowy*** |  |
| **II Dane osobowe rodziców/prawnych opiekunów kandydata i oświadczenie o miejscu zamieszkania** |
| **DANE OSOBOWE RODZICA 1** |
| ***Imię/Imiona*** |  | ***Nazwisko*** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA 1** |
| **Województwo** |  | ***Powiat***  |  |
| ***Gmina*** |  | ***Miejscowość*** |  |
| ***Ulica*** |  | ***Nr domu /******Nr mieszkania*** |  |
| ***Kod pocztowy*** |  |
| **DANE KONTAKTOWE RODZICA 1** |
| ***Telefon domowy / komórkowy***  |  |
| ***Adres e-mail***  |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE RODZICA 2** |
| ***Imię/Imiona*** |  | ***Nazwisko*** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA 2** |
| ***Województwo*** |  | ***Powiat***  |  |
| ***Gmina*** |  | ***Miejscowość*** |  |
| ***Ulica*** |  | ***Nr domu /Nr mieszkania*** |  |
| ***Kod pocztowy*** |  |
| **DANE KONTAKTOWE RODZICA 2** |
| ***Telefon domowy / komórkowy***  |  |
| ***Adres e-mail***  |  |

***W przypadku sprawowania nad dzieckiem opieki przez prawnych opiekunów,
proszę załączyć dokumenty potwierdzające prawo do tej opieki.***

**DANE UZUPEŁNIAJĄCE**

1. **Dziecko realizuje obowiązek przygotowania przedszkolnego w**

…………………………………………………………………………………………………………

1. **Opieka świetlicowa:**

Dotyczy wyłącznie rodziców, którzy pracują i nie mogą sprawować opieki nad dzieckiem.

Tak / Nie \* W GODZINACH……………………………………………………….

1. **Zdrowie dziecka:**

wg woli rodzica/prawnego opiekuna proszę podać istotne informacje o stanie zdrowia dziecka, mogące mieć znaczenie podczas pobytu dziecka w szkole:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na udzielanie mojemu dziecku pierwszej pomocy\*, wezwanie pogotowia\*, w ramach zaistnienia takiej konieczności w czasie wszystkich zajęć, w tym wycieczek, organizowanych przez szkołę podczas pobierania nauki w SP4.

1. **Przetwarzanie danych:**

Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na zamieszczanie imienia i nazwiska, przynależności do klasy, wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej szkoły, w mediach w zakresie osiągnięć
i promocji szkoły, realizacji różnych programów i projektów podczas pobierania nauki w SP4.

Zobowiązuję się do informowania sekretariatu szkoły o wszystkich zaistniałych zmianach podanych w kwestionariuszu.

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TREŚCI ZGŁOSZENIA I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO).

Informujemy, że administratorem danych osobowych uczniów jest Zespół Szkolno – Przedszkolny z Oddziałami Integracyjnymi w Libiążu, ul. Paderewskiego 2, 32-590 Libiąż. Szkoła wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych Osobowych Joannę Grabowską – z którym można skontaktować się poprzez e-mail: grabowskaodo@gmail.com w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych lub danych dziecka. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych, zgodnie z Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, zgodnie ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe oraz na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w Ustawy oraz aktów wykonawczych. Pani/Pana oraz dziecka dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i dziecka oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych osobowych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (możliwość istnieje jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, a nie na podstawie przepisów uprawniających administratora do przetwarzania tych danych). Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani lub dziecka, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Odbiorcami Pani/Pana oraz dziecka danych osobowych będą: Zespół Ekonomiczno - Administracyjny Szkół i Przedszkoli w Libiążu, Urząd Miejski w Libiążu, Kuratorium Oświaty, Ministerstwo Edukacji Narodowej. Pani/Pana dane osobowe oraz dziecka nie będą podlegały profilowaniu. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych wynikających z przepisów prawa jest obowiązkowe natomiast danych fakultatywnych jest dobrowolne.

**6.** **Inne uwagi**

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że przedstawione dane są prawdziwe, co potwierdzam podpisem:**

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

*data i czytelny podpis rodziców /prawnych opiekunów*

 \*(niepotrzebne skreślić)