|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Karta zgłoszenia dziecka do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Koniuszy**  **w roku szkolnym 2024/2025** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DANE DZIECKA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | Imię/ imiona | |  | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia |  | |
| **PESEL** | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejsce urodzenia |  | |
| Adres meldunku  stałego |  | | Adres meldunku tymczasowego |  | | | | | | | | | | | | |
| **Dane rodziców/opiekunów\*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane | | **matki/**opiekunki\* | | **ojca/**opiekuna\* | | | | | | | | | | | | |
| Imię / imiona | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko/ nazwiska | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Adres | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Informacje dodatkowe** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odległość od miejsca zamieszkania do szkoły wynosi | | | | **do 3 km** | | | | | **powyżej 3 km** | | | | | | | |
| Dojazd autobusem szkolnym | | | | **Tak** | | | | | **Nie** | | | | | | | |
| Numer telefonu do rodziców/ opiekunów w sytuacji wymagającej  szybkiego kontaktu w sprawie dziecka | | | | **Numer domowy** | | | | | **Inny numer – praca** | | | | | | | |
| Dziecko z orzeczeniem lub opinią PPP | | | | **TAK** | | | | | **NIE** | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje o dziecku np. : choroba, wady rozwojowe | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. Nr 133,poz.883) wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych i mojego dziecka w zakresie niezbędnym do pracy szkoły i zachowania bezpieczeństwa mojego dziecka. | | | | Tak | | | | | Nie | | | | | | | |
| **Zobowiązuję się do:**   * Zobowiązuje się do niezwłocznego informowania szkoły na piśmie o zmianach danych osobowych, danych   adresowych. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Koniusza , dnia ............................ ………………………………………………………………….  Czytelny podpis rodziców / opiekunów | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Dla rodziców i opiekunów**

**I N F O R M A C J A DODATKOWA**

*Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (D.U. nr 97 r. art. 24,32, 35) informuję Pana(nią), że administrator danych osobowych w Szkole Podstawowej w Koniuszy zbiera i przetwarza dane osobowe Pana(i) dziecka i członków jego rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym w zakresie* ***bezpieczeństwa i zdrowia oraz dydaktyczno – wychowawczo – opiekuńczej działalności szkoły.***

# Informuję, że przysługuje Panu(i) prawo wglądu do zbieranych danych oraz uzupełniania, uaktualniania czy sprostowania, jeżeli dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Jednocześnie informuję, że administrator danych osobowych Szkoły Podstawowej w Koniuszy dołoży wszelkich starań, aby dane były zbierane, przetwarzane i chronione zgodnie z prawem.

**O Ś W I A D C Z E N I A RODZICÓW / OPIEKUNÓW**

# Zapoznałem (łam) się z informacją dotyczącą zbierania i przetwarzania danych osobowych moich i członków mojej rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

1. *Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam zgody na uczestnictwo dziecka w wycieczkach ( szkolnych ,autokarowych, pieszych, rowerowych ,turystyczno-krajoznawczych, do kina , teatru ,muzeum, na basen, w kuligach, zawodach sportowych itp. jednodniowych organizowanych w Szkole Podstawowej w Koniuszy*

………………………………………………………………….. podpisy czytelne rodziców/ opiekunów dziecka

1. *Wyrażam / nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka w zajęciach pozalekcyjnych, kołach zainteresowań, konkursach przedmiotowych, szkolnych, imprezach szkolnych, dyskotekach organizowanych przez szkołę.*

…………………………………………………………… podpisy czytelne rodziców/ opiekunów dziecka

1. *. Oświadczam , że wyrażam/ nie wyrażam zgody na publikację zdjęć dziecka z imprez, uroczystości szkolnych na gazetkach szkoły , stronie internetowej prasie lokalnej promującej placówkę.*

*…………………............................................*

podpisy czytelne rodziców/opiekunów

1. *. Oświadczam, że wyrażam nie wyrażam zgody na przeprowadzenie przez pielęgniarkę szkolną okresowej kontroli stanu zdrowia oraz higieny osobistej mojego dziecka (w tym także sprawdzania w razie konieczności głowy dziecka, na badania przesiewowe i profilaktyczne (przewidziane dla dzieci i młodzieży szkolnej)*

……………………………………………………………….. podpisy czytelne rodziców / opiekunów dziecka

***\* - niepotrzebne skreślić***