ZGŁOSZENIE\* /WNIOSEK\*

o przyjęcie dziecka do klasy I   
Publicznej Szkoły Podstawowej im. gen. Władysława Sikorskiego w Łaszczowie

na rok szkolny 2021/2022

Wypełnione zgłoszenie/wniosek należy złożyć w terminie od 23 marca 2021 r. do 8 kwietnia 2021 r.

Data złożenia wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE OSOBOWE DZIECKA | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| Data urodzenia |  | | | | | | Miejsce urodzenia | | | | | |  | | |
| Imię (imiona) dziecka |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | Kod pocztowy | | |  | | | |
| Ulica /nr domu/  nr mieszkania |  | | | | | | | | Powiat | | |  | | | |
| ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | Kod pocztowy | | |  | | | |
| Ulica /nr domu/  Nr mieszkania |  | | | | | | | | Powiat | | |  | | | |
| DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (należy zakreślić odpowiedź) | | | | | | | | | | | | | | TAK | NIE |
| Nr orzeczenia | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ | | | | | | |
| Opiekun (właściwe zakreślić) | Rodzic | | Opiekun prawny | Nie udzieli informacji | Nie żyje | Nieznany |
| Imię |  | | | Nazwisko |  | |
| ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ | | | | | | |
| Województwo |  | | | Powiat |  | |
| Gmina |  | | | Miejscowość |  | |
| Ulica /nr domu/ nr mieszkania |  | | | Kod pocztowy |  | |
| DANE KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ | | | | | | |
| Telefon dom/komórka | |  | | | | |
| Adres e-mail\* | |  | | | | |

*\* zgłoszenie dotyczy przyjęcia do szkoły dzieci mieszkających w obwodzie szkoły; natomiast wniosek dotyczy dzieci rodziców ubiegających się do przyjęcia do szkoły spoza obwodu szkoły.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO | | | | | | |
| Opiekun (właściwe zakreśli) | Rodzic | | Opiekun prawny | Nie udzieli  informacji | Nie żyje | Nieznany |
| Imię |  | | | Nazwisko |  | |
| ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO | | | | | | |
| Województwo |  | | | Powiat |  | |
| Gmina |  | | | Miejscowość |  | |
| Ulica /nr domu/ nr mieszkania |  | | | Kod pocztowy |  | |
| DANE KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO | | | | | | |
| Telefon dom/komórka | |  | | | | |
| Adres e-mail\* | |  | | | | |

*\* nadawca informacji przesłanej pocztą internetową nie gwarantuje jej skutecznego dostarczenia do skrzynki pocztowej adresata.*

Jednocześnie:

1. Oświadczam, że podane we wniosku są zgodne z aktualnym stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku i załącznikach do wniosku dla potrzeb związanych z postępowaniem rekrutacyjnym zgodnie z wnioskiem oraz przepisami Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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.
3. Niezwłocznie powiadomię dyrektora szkoły o zmianie danych zawartych w zgłoszeniu.

Łaszczów, dnia ………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Podpis matki/ opiekuna prawnego |  | Podpis ojca/ opiekuna prawnego |

**KLAUZURA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Publiczna Szkoła Podstawowa im. gen. Władysława Sikorskiego w Łaszczowie spełniając obowiązek informacyjny towarzyszący zbieraniu danych osobowych - art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuje że :

* 1. Administratorem Danych Osobowych jest Publiczna Szkoła Podstawowa im. gen. Władysława Sikorskiego w Łaszczowie, ul. Chopina 11, 22-659 Łaszczów, reprezentowana przez Dyrektora, tel.  846611514, e-mail; sp-laszczow@wp.pl
  2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych, e-mail: iod@laszczow.pl
  3. Dane osobowe dzieci i ich rodziców przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego na  podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2018 r., poz.  996 ze zm.) oraz na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 14 kwietnia 1992 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania nauki religii w publicznych przedszkolach i szkołach (Dz. U.1992.36.155 ze zm.);
  4. Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do uzyskania danych wyłącznie na podstawie przepisów prawa;
  5. Osobie/osobom powierzającej/cym dane osobowe przysługuje prawo do:
     1. dostępu do powierzonych danych osobowych i ich sprostowania, ograniczenia lub usunięcia. Wniesienie żądania usunięcia danych jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w rekrutacji,
     2. wniesienia skargi do organu nadzorczego;
  6. Publiczna Szkoła Podstawowa im. gen. Władysława Sikorskiego w Łaszczowie:
     1. nie będzie przekazywała zbieranych danych do państw trzecich,
     2. nie będzie profilowała zbieranych danych osobowych;
  7. Powierzone dane będą przechowywane zgodnie z przepisami prawa oświatowego i instrukcją kancelaryjną i archiwalną. Dane kandydatów zgromadzone w celach postępowania rekrutacyjnego oraz dokumentacja postępowania rekrutacyjnego są przechowywane nie dłużej niż do końca okresu edukacyjnego. Zaś dane kandydatów nieprzyjętych zgromadzone w celach rekrutacyjnych są przechowywane przez okres roku, chyba że  na rozstrzygnięcie dyrektora szkoły została wniesiona skarga do sądu administracyjnego i postępowanie nie zostało zakończone prawomocnym wyrokiem.
  8. Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji procesu naboru dzieci do klasy pierwszej w Publicznej Szkole Podstawowej im. gen. Władysława Sikorskiego w Łaszczowie.
  9. W przypadku braku zgody na przetwarzanie danych osobowych, Publiczna Szkoła Podstawowa im.  gen.  Władysława Sikorskiego w Łaszczowie nie będzie miała podstaw prawnych włączenia wniosku przyjęcia dziecka do procedury naboru.

Zgodnie z art.6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), wyrażam zgodę na  przetwarzanie moich i dziecka/dzieci danych osobowych przez Publiczną Szkołę Podstawową im. gen. Władysława Sikorskiego w Łaszczowie, reprezentowaną przez dyrektora z siedzibą w Łaszczowie, ul. Chopina 11 w celu przeprowadzenia procedury naboru dzieci do klasy pierwszej.

Łaszczów, dnia ………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Podpis matki/ opiekuna prawnego |  | Podpis ojca/ opiekuna prawnego |

Łaszczów, dnia ………………..

…………………………………………………….

…………………………………………………….

imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

…………………………………………………….

…………………………………………………….

Adres do korespondencji

**POTWIERDZENIE WOLI**

**podjęcia nauki**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna:

…………………………………………………………………………………………………...

imię i nazwisko dziecka

do Publicznej Szkole Podstawowej im. gen. Władysława Sikorskiego w Łaszczowie na rok szkolny …………….. do klasy ……

Jednocześnie deklaruję:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak | Nie |
| naukę **religii** rzymskokatolickiej\*, prawosławnej, innej, jakiej?.............................................  lub  naukę etyki\* |  |  |
| pobyt dziecka w świetlicy szkolnej |  |  |

Ponadto, wyrażam zgodę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak | Nie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| na podjęcie przez szkołę działań związanych z ratowaniem zdrowia i  życia dziecka.  (udzielenie pomocy przez pracowników służby medycznej, odwiezienie do placówki medycznej, w tym udzielenie pomocy przez pracowników służby medycznej, odwiezienie do placówki medycznej przez pogotowie ratunkowe w przypadku braku możliwości skontaktowania się z rodzicem – prawnym opiekunem) |  |  |
| na wykorzystanie wizerunku dziecka na potrzeby szkoły |  |  |
| na okresową kontrolę stanu czystości włosów i rąk mojego dziecka na zasadach zgodnych ze stanowiskiem Instytutu Matki i Dziecka z dnia 29 listopada 2004  r. w sprawie kontroli czystości uczniów przez pielęgniarki i higienistki szkolne. |  |  |

* Proszę właściwe podkreślić.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Podpis matki/ opiekuna prawnego |  | Podpis ojca/ opiekuna prawnego |