**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO SAMORZĄDOWEGO PRZEDSZKOLA W LIPSKU**

**NA ROK SZKOLNY 2022/2023**

***\* Oznaczone pola wymagane***

***\*\* Oznaczone pole wymagane w przypadku posiadania, jak wyżej***

***\*\*\* Oznaczone pola nieobowiązkowe***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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\**** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADRES PRZEDSZKOLA OBWODOWEGO (ZGODNY Z ZAMELDOWANIEM DZIECKA)\*** | | | |
| **Nazwa** |  | | |
| ***Ulica*** |  | ***Nr domu*** |  |
| ***Miejscowość*** |  | ***Kod pocztowy*** |  |
| ***Poczta*** |  | ***Gmina*** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU \*\*\*** | | | | | |
| ***Czy dziecko korzysta z poradni specjalistycznej ?*** *(właściwe zakreślić)*  ***Jeżeli tak, to z jakiej?*** | | | | TAK | NIE |
| ***Alergie, dieta*** | | | | TAK | NIE |
| ***Chcę, aby dziecko uczęszczało na religię*** *(właściwe podkreślić)*  *- katolicką*  *-prawosławną*  *-inne…*  *\* dotyczy dzieci sześcioletnich* | | | | TAK | NIE |
| **POBYT DZIECKA W PRZEDSZKOLU \* (*proszę podkreślić wybór):*** | | | | | |
| ***Pobyt całodzienny (śniadanie + obiad + świetlica )***  ***Godzina odbioru dziecka:***  ***Podwieczorek: TAK / NIE*** | | | | | |
| ***Pobyt 5-godzinny (śniadanie)*** | | | | | |
| ***Pobyt 5-godzinny (śniadanie + obiad)*** | | | | | |
| **DANE RODZICA 1** | | | | | |
| ***Imię/Imiona\**** |  | ***Nazwisko\**** |  | | |
| ***Telefon domowy / komórkowy \*\**** | |  | | | |
| ***Adres e-mail \*\**** | |  | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA 1 (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania dziecka)** | | | | | |
| ***Ulica*** |  | ***Nr domu /***  ***Nr mieszkania*** |  | | |
| ***Miejscowość*** |  | ***Kod pocztowy*** |  | | |
| ***Poczta*** |  | ***Gmina*** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE RODICA 2** | | | |
| ***Imię/Imiona\**** |  | ***Nazwisko\**** |  |
| ***Telefon domowy / komórkowy \*\**** | |  | |
| ***Adres e-mail \*\**** | |  | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA 2 (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania dziecka)** | | | |
| ***Ulica*** |  | ***Nr domu /***  ***Nr mieszkania*** |  |
| ***Miejscowość*** |  | ***Kod pocztowy*** |  |
| ***Poczta*** |  | ***Gmina*** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POZOSTAŁE KRYTERIA WEDŁUG USTAWY – NIE DOTYCZY DZIECI 6-LETNICH \*\*\***  ***(proszę zaznaczyć właściwe – wstawić x)*** | ***tak*** | ***nie*** |
| ***liczba dzieci rodzinie: 3 i więcej*** |  |  |
| ***niepełnosprawność dziecka*** |  |  |
| ***niepełnosprawność jednego z rodziców dziecka*** |  |  |
| ***niepełnosprawność obojga rodziców dziecka*** |  |  |
| ***niepełnosprawność rodzeństwa dziecka*** |  |  |
| ***samotne wychowywanie dziecka w rodzinie*** |  |  |
| ***objęcie dziecka pieczą zastępczą*** |  |  |
| ***Jeżeli zaznaczono jakiekolwiek kryterium, proszę o dołączenie stosownych oświadczeń*** | | |

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

***Data i podpis matki dziecka Data i podpis ojca dziecka***

***OŚWIADCZENIE RODZICÓW O SKŁADANIU OŚWIADCZEŃ ZGODNYCH ZE STANEM FAKTYCZNYM***

***Oświadczam, że podane we wniosku oraz załącznikach do wniosku dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym. Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Równocześnie zobowiązuję się do dokonywania na bieżąco aktualizacji podanych w niniejszym formularzu danych, w przypadku zmiany stanu faktycznego.***

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

***Data i podpis matki dziecka Data i podpis ojca dziecka***

***ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELU REKRUTACJI I EDUKACJI***

***Oświadczam, ze wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, podanych we wniosku o przyjęcie dziecka do przedszkola w polach oznaczonych symbolem \*\*\* w celu rekrutacji oraz realizacji procesu edukacji dziecka w Zespole Szkół Samorządowych w Lipsku - Przedszkolu w Lipsku. Zgoda obowiązuje od dnia podpisania do czasu zakończenia czynności niezbędnych do realizacji procesu edukacji w tym czynności archiwizacyjnych.***

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

***Data i podpis matki dziecka Data i podpis ojca dziecka***

***ZGODA NA PRZETWARZANIE WIZERUNKU DZIECKA I RODZICÓW***

***Należy dokonać wyboru TAK lub NIE. Wybrane pole proszę zaznaczyć „w kółko”***

***………………………………………………………………………………………………………***

***Czytelnie imię i nazwisko dziecka***

|  |  |
| --- | --- |
| ***tak*** | ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie i przetwarzanie wizerunku dziecka, w związku z uczestnictwem w zajęciach, konkursach, uroczystościach i wydarzeniach okolicznościowych organizowanych w zakresie działalności statutowej Zespołu Szkół Samorządowych w Lipsku –*** ***Przedszkola w Lipsku*** |
| ***nie*** |
| ***tak*** | ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych dziecka, w zakresie: imie, nazwisko, informacje o wynikach edukacji oraz wizerunek, w celach informacyjnych lub/i promocji Zespołu Szkół Samorządowych w Lipsku - Przedszkola w Lipsku poprzez zamieszczenie na stronie internetowej placówki, na tablicach ściennych, wystawach, w folderach, broszurach itp.*** |
| ***nie*** |

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

***Data i podpis matki dziecka Data i podpis ojca dziecka***

|  |  |
| --- | --- |
| ***tak*** | ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w w postaci wizerunku, w związku z uczestnictwem w zajęciach, konkursach, uroczystościach i wydarzeniach okolicznościowych organizowanych w zakresie działalności statutowej Zespołu Szkół Samorządowych w Lipsku - Przedszkola w Lipsku*** |
| ***nie*** |
| ***tak*** | ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w postaci wizerunku, w celach informacyjnych lub/i promocji Zespołu Szkół Samorządowych w Lipsku - Przedszkola w Lipsku poprzez zamieszczenie na stronie internetowej placówki, na tablicach ściennych, wystawach, w folderach, broszurach itp.*** |
| ***nie*** |

***……………………………………… ………………………………………***

***Matka/opiekun prawny – czytelne imię i nazwisko Data i podpis***

|  |  |
| --- | --- |
| ***tak*** | ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w w postaci wizerunku, w związku z uczestnictwem w zajęciach, konkursach, uroczystościach i wydarzeniach okolicznościowych organizowanych w zakresie działalności statutowej Zespołu Szkół Samorządowych w Lipsku - Przedszkola w Lipsku*** |
| ***nie*** |
| ***tak*** | ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych w postaci wizerunku, w celach informacyjnych lub/i promocji Zespołu Szkół Samorządowych w Lipsku - Przedszkola w Lipsku poprzez zamieszczenie na stronie internetowej placówki, na tablicach ściennych, wystawach, w folderach, broszurach itp.*** |
| ***nie*** |

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

***Ojciec/opiekun prawny – czytelne imię i nazwisko Data i podpis***

***OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH***

* ***Administratorem zbieranych i przetwarzanych danych osobowych jest Zespół Szkół Samorządowych w Lipsku, z siedzibą przy ul. Szkolnej 1. Może Pan/Pani skontaktować się z nami osobiście lub telefonicznie pod numerem telefonu (87) 6423 059.***
* ***W celu uzyskania informacji dotyczących przetwarzanych przez placówkę danych osobowych może się Pan/Pani skontaktować z naszym Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem korespondencji e-mail kierowanej na adres:*** [***iodo@lipsk.pl***](mailto:iodo@lipsk.pl)
* ***Zbierane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań edukacyjnych i opiekuńczych. Dane podane w formularzach zgłoszeniowych zbieramy na podstawie Ustawy o systemie oświaty. Podanie tych danych jest konieczne do zapisania dziecka do Zespołu Szkół Samorządowych w Lipsku - Przedszkola w Lipsku***
* ***Dane osobowe, które zbieramy na podstawie Pana/Pani zgody są konieczne do realizacji celów oświatowych i wychowawczych opisanych w statucie placówki. Niepodanie tych danych lub brak zgody na ich przetwarzanie może utrudniać Zespolowi Szkół Samorządowych w Lipsku sprawowanie opieki nad Pana/Pani dzieckiem.***
* ***Może Pan/Pani wycofać swoją zgodę w dowolnym momencie. W tym celu należy zwrócić się pisemnie do Administratora Danych.***
* ***Będziemy przetwarzać zebrane dane osobowe przez okres edukacji dziecka w Zespole Szkół Samorządowych w Lipsku - Przedszkolu w Lipsku, a po zakończeniu edukacji jako dokumenty archiwalne.***
* ***Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści podanych danych oraz możliwość ich uzupełnienia i aktualizowania. Ma Pan/Pani prawo żądać wstrzymania przetwarzania lub usunięcia danych, które zebraliśmy za Pana/Pani zgodą. Równocześnie ma Pan/Pani prawo do przeniesienia tych danych osobowych.***

***Oświadczam, iż zostałem/am zapoznany z przysługującymi mi prawami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych moich i mojego dziecka przez Zespół Szkół Samorządowych w Lipsku – Przedszkole w Lipsku.***

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

***Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego Data i podpis***

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

***Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego Data i podpis***

***UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO ODBIORU DZIECKA Z PLACÓWKI OŚWIATOWEJ***

***Niniejszym upoważniam poniżej wskazane osoby do przyprowadzania i odbioru mojego dziecka z Zespołu Szkół Samorządowych w Lipsku. Równocześnie upoważniam te osoby do uzyskiwania informacji dotyczących mojego dziecka, a wynikających z procesu edukacji i opieki sprawowanej przez szkołę:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko osoby upoważnionej:*** | | |
| ***nr PESEL*** | ***Telefon*** | ***Pokrewieństwo*** |
| ***Imię i nazwisko osoby upoważnionej:*** | | |
| ***nr PESEL*** | ***Telefon*** | ***Pokrewieństwo*** |
| ***Imię i nazwisko osoby upoważnionej:*** | | |
| ***nr PESEL*** | ***Telefon*** | ***Pokrewieństwo*** |

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

***Data i podpis matki dziecka Data i podpis ojca dziecka***