Karta zgłoszenia dziecka do oddziału specjalnego

na rok szkolny 2023/2024

 Numer i adres przedszkola

Deklaruję, że moje dziecko będzie przez

kolejne lata uczęszczało do przedszkola

*(podać numer i adres)*

**Dane dziecka**

**Dane osobowe dziecka**

 PESEL Imię Drugie imię Nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

 - -

**Adres zamieszkania dziecka**

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod Miejscowość

 -

Województwo Powiat Gmina

**Adres zameldowania dziecka (jeśli inny niż adres zamieszkania)**

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod Miejscowość

 -

**Informacje dodatkowe**

**Informacje o dziecku**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dziecko rodzica/opiekuna samotnie je wychowującego (wpisać „TAK” lub „NIE”) |
|  | Dziecko rodziców/opiekunów niepełnosprawnych (wpisać „TAK” lub „NIE”) |
|  | Dziecko w rodzinie zastępczej (wpisać „TAK” lub „NIE”) |
|  | Orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku dziecka niepełnosprawnego) („TAK” lub „NIE”) |
|  | Czy składał/a Pan/i Podanie o przyjęcie dziecka także do innego przedszkola? |

Liczba dzieci w rodzinie:

**Pobyt dziecka w placówce**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Śniadanie (wpisać „TAK” lub „NIE”) |
|  | Obiad (wpisać „TAK” lub „NIE”) |
|  | Podwieczorek/drugie śniadanie (wpisać „TAK” lub „NIE”) |
|  | Napój (wpisać „TAK” lub „NIE”) |

Godziny pobytu dziecka w placówce: oddo

 proszę odwrócić

**Dane rodziców / opiekunów prawnych**

**Dane matki/prawnej opiekunki dziecka Dane ojca/prawnego opiekuna dziecka**

Imię Nazwisko (obecne) Imię Nazwisko

Telefon kontaktowy Telefon kontaktowy

Adres e-mail Adres e-mail

**Adres zamieszkania matki/opiekunki Adres zamieszkania ojca/opiekuna**

Ulica Nr domu Nr lokalu Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod Miejscowość Kod Miejscowość

 - -

**Zakład pracy matki/opiekunki Zakład pracy ojca/opiekuna**

Nazwa i adres zakładu pracy Nazwa i adres zakładu pracy

**Informacje dodatkowe o dziecku** (stwierdzone schorzenia i choroby, symbol orzeczenia, stopień niepełnosprawności, wady rozwojowe, specjalne diety, alergie itp.) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Administratorem Państwa danych osobowych jest Niepubliczne Przedszkole Ogólnodostępne im. S. Włodzimiry Wojtczak Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety przy ul. Gimnazjalnej 13 w Ostrowie Wlkp. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych dostępny jest pod adresem e-mail iod@przedszkole.osw.pl. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania. Przysługuje Państwu prawo żądania usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody *( jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody)* w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe na mocy przepisów Prawa Oświatowego.

Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym. Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym podaniu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego Rozporządzenia RODO o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych m.in. w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 59, Ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 2198) oraz Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej (t.j. Dz.U. 2017, poz.2159) w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w placówce. W przypadku wizerunku dziecka przetwarzanie odbywa się na zasadzie zgody wyrażonej przez rodzica/opiekuna prawnego tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia RODO. Jednocześnie zobowiązuję się w przypadku przyjęcia dziecka do przedszkola do regularnego, terminowego wnoszenia opłat za pobyt dziecka w przedszkolu.

Data przyjęcia deklaracji **Podpis rodzica/opiekuna**

(wypełnia placówka)