**KARTA POTWIERDZENIA KONTYNUACJI UCZĘSZCZANIA DZIECKA**

**NA ROK SZKOLNY 2023/2024**

**DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ**

**IM. UNII EUROPEJSKIEJ W PRZYWIDZ**

**UL. CISOWA 12, 83-047 PRZYWIDZ**

(Kartę należy wypełnić drukowanymi literami.

W przypadku gdy pytanie wymaga udzielenia odpowiedzi, należy podkreślić odpowiednio TAK lub NIE).

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| **NAZWISKO** |  | | | **IMIĘ** | | |  | | | **DRUGIE IMIĘ** | |  | | |
| **Data Urodzenia** |  | | | | | **Miejsce urodzenia** | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA**  (wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania) | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | |
| **NAZWISKO** |  | **IMIĘ** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |
| **Adres email:** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**  (wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania) | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy matka/opiekunka prawna dziecka pracuje** **□ TAK (wypełnić dane poniżej) □ NIE** | | |
| **DANE ZAKŁADU PRACY** (nazwa, adres, nr tel) | | |
| **TELEFONY KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | |
| **Dom:** | **Praca:** | **Tel. komórkowy:** |

\

|  |
| --- |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | |
| **NAZWISKO** |  | **IMIĘ** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |
| **Adres email:** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO**  (wypełnić w przypadku, kiedy adres zameldowania jest inny od adresu zamieszkania) | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Kod Pocztowy** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr Domu** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy ojciec/opiekun prawny dziecka pracuje** **□ TAK (wypełnić dane poniżej) □ NIE** | | |
| **DANE ZAKŁADU PRACY** (nazwa, adres, nr tel) | | |
| **TELEFONY KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | |
| **Dom:** | **Praca:** | **Tel. komórkowy:** |

|  |
| --- |
| **POBYT DZIECKA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POBYT DZIECKA W PZREDSZKOLU Proszę zakreślić odpowiednio TAK lub NIE** | | | |
| **Pobyt ponad podstawę programową** | **Od godz. 6**3**°-8°°** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Dzienny pobyt dziecka w zakresie podstawy programowej** | **Od godz. 8°°-13°°** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Dzienny pobyt dziecka w przedszkolu w zakresie przekraczającym realizację podstawy programowej** | **Od godz. 13°°-14°°** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Od godz. 14°°-15°°** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Od godz. 15°°-16°°** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Od godz. 16°°-17°°** | **□ TAK** | **□ NIE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU** | | |
| **Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego** (jeżeli tak to załączyć kserokopię, a oryginał do wglądu) | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Dziecko posiada opinię z poradni psychologiczno -pedagogicznej** (jeżeli tak to załączyć kserokopię, a oryginał do wglądu) | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Dziecko posiada dysfunkcje ruchowe**  Jakie? | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Rodzic samotnie wychowujący dziecko** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Dziecko wychowuje się w rodzinie objętej nadzorem kuratorskim, wsparciem asystenta rodziny lub w rodzinie zastępczej** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Rodzina wielodzietna** | **□ TAK**  **Ilość dzieci: .............** | **□ NIE** |
| **Rodzeństwo dziecka w roku szkolnym, w którym prowadzona jest rekrutacja będzie uczęszczało do tej samej szkoły** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Informacja o stanie zdrowia dziecka, która może mieć znaczenie podczas pobytu dziecka w przedszkolu np. stałe choroby, wady, alergie itp.** | | |
|  | | |

**ZGODA RODZICÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyrażam zgodę** | **Nie wyrażam zgody** |
| Na umieszczenie zdjęć mojego dziecka i jego prac z: zajęć w przedszkolu, imprez przedszkolnych i środowiskowych i konkursów w prasie lokalnej, regionalnej, ogólnopolskiej i w serwisie internetowym przedszkola. | |

**Oświadczenie rodziców w przypadku upoważnienia innych**

**osób do przyprowadzania i odbioru dziecka z przedszkola**

**wpisać można tylko osoby pełnoletnie**

Ja………………………………. legitymujący się dowodem osobistym nr……………………

*imię i nazwisko*

upoważniam do odbioru mojego dziecka z przedszkola następujące osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby upoważnionej | Stopień pokrewieństwa | Seria i numer dowodu osobistego |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data wypełnienia zgłoszenia……………….

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE TREŚCI ZGŁOSZENIA I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nie zgłoszenia się dziecka do przedszkola w dniu 1 września i braku informacji o przyczynie nieobecności w ciągu 3 dni, dziecko zostaje wykreślone z listy zakwalifikowanych do przyjęcia do przedszkola.

**ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:**

1. Przyprowadzenia do przedszkola zdrowego dziecka,
2. Regularnego uiszczania należnych opłat z tytułu korzystania mojego dziecka z przedszkola w wyznaczonym terminie,
3. Przekazywania do wiadomości przedszkola wszelkich zmian w podanych wyżej informacjach,
4. Powiadomienia dyrektora o rezygnacji z przedszkola za dwutygodniowym wyprzedzeniem,
5. Przyprowadzania i odbioru dziecka z przedszkola osobiście lub przez osobę dorosłą upoważnioną do odbierania w wyznaczonych godzinach, zapewniającą dziecku bezpieczeństwo,
6. Podpisania umowy cywilnoprawnej

**Pouczenie:**

**Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego, oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że dyrektor przedszkola może zażądać przedstawienia dokumentów potwierdzających dane zapisane w Karcie.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej karcie do celów związanych z realizacją zadań statutowych przedszkola, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2002r. nr. 101, poz 926 z późniejszymi zmianami).**

**…………………………………… ...………………………………**

***podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/opiekuna prawnego***

**DECYZJA KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ (DYREKTORA)**

**(wypełnia przedszkole)**

**Komisja kwalifikacyjna na posiedzeniu w dniu……………………………………**

1. **Zakwalifikowała dziecko do Przedszkola…………………………………**
2. **Nie zakwalifikowała dziecka z powodu………………………………………………………………...**

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

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

**Podpis Przewodniczącego Komisji Podpis Członków Komisji**

**…………………………………………. ………………………………….**

**………………………………….**

**………………………………….**

**………………………………….**

**(pieczątka i podpis dyrektora)**

## Załącznik nr 13 do Polityki bezpieczeństwa Szkoły Podstawowej im. Unii Europejskiej w Przywidzu - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

**ZGODA**

**NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka  Imię i nazwisko opiekuna prawnego |  |
| Adres zamieszkania dziecka |  |
| Numer PESEL dziecka |  |
| Adres e-mail (dobrowolnie) |  |
| Nr telefonu rodziców |  |

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………………………...:

1. wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych/danych osobowych dziecka, którego jestem opiekunem prawnym przez Dyrektora Szkoły Podstawowej im. Unii Europejskiej w Przywidzu celem:

* rekrutacji do przedszkola
* kontaktu ze mną jako opiekunem prawnym dziecka.

……………………………………………

(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

b) Niniejszym oświadczam, iż zostałam/em zapoznany z klauzulą informacyjną Dyrektora Szkoły Podstawowej im. Unii Europejskiej w Przywidzu w przedmiocie przetwarzania danych osobowych w Szkole Podstawowej im. Unii Europejskiej w Przywidzu i akceptuję jej treść w pełnym zakresie. Treść klauzuli jest dostępna jest na stronie internetowej szkoły http://spprzywidz.edu.pl/wiadomosci/134-klauzula-informacyjna-w-przedmiocie-ochrony-danych-osobowych-szkoly-podstawowej-im-unii-europejskiej-w-przywidzu oraz w sekretariacie szkoły.

……………………………………………

(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)