AKADEMICKIe

LICEUM OGÓLNOKSZtałcące
Formularz ZGŁOSZENIOWY

|  |
| --- |
| Dane ucznia: |
| Imię |  | Drugie imię |  |
| Nazwisko |  | Pesel |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Adres zamieszkania ucznia: |
| Ulica |  | Nr domu |  |
| Nr lokalu |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Adres zameldowania ucznia (wypełnić, jeśli inny niż zamieszkania): |
| Ulica |  | Nr domu |  |
| Nr lokalu |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Proszę o przyjęcie do klasy:(zaznaczyć znakiem „X”) | □ pierwszej □ drugiej □ trzeciejo profilu:□ językowym□ inżynieryjnym |
| Dane rodziców/opiekunów prawnych: |
| Stopień powinowactwazakreślić właściwe: | matkaojciecinny (jaki) …………… | Stopień powinowactwazakreślić właściwe: | matkaojciecinny (jaki) …………… |
| Imię i nazwisko |  | Imię i nazwisko |  |
| Wykonywany zawód |  | Wykonywany zawód  |  |
| Wykształcenie |  | Wykształcenie |  |
| Adres zamieszkania |  | Adres zamieszkania |  |
| Telefon kontaktowy |  | Telefon kontaktowy |  |
| adres e-mail |  | adres e-mail |  |
| Nazwa i adres zakładu pracy |  | Nazwa i adres zakładu pracy |  |
| Telefon do zakładu pracy |  | Telefon do zakładu pracy |  |
|  |  |
|  | **Deklaracje kontynuacji nauki języka obcego, który był obowiązkowy w gimnazjum:** |
| 1 |  |
| 2 |  |

Informacje o UCZNIU

|  |  |
| --- | --- |
|  | Alergie pokarmowe / uczulenia / stałe choroby / wady rozwojowe: |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Czy uczeń był kiedykolwiek badany w poradni specjalistycznej? |

* TAK / NIE\*

\*skreślić niewłaściwe

Jeśli wybrano odpowiedź „TAK”, proszę o uzupełnienie poniższej tabeli:

|  |  |
| --- | --- |
| Rok badania: |  |
| Nazwa poradni: |  |
| Zalecenia, jakie powinny być wykonywane przez szkołę: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Przebyte choroby: |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Orzeczenie stopnia niepełnosprawności? Jeśli tak – jaki? |

* TAK, ………………………………. / NIE\*

\*skreślić niewłaściwe

|  |  |
| --- | --- |
|  | Inne informacje o uczniu, o których rodzice / opiekun prawny chce poinformować: |

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

|  |
| --- |
|  Załączniki: (zaznaczyć „X” przy załączonym dokumencie) |
| świadectwo ukończenia gimnazjum |  |
| zaświadczenie o wyniku egzaminu gimnazjalnego |  |
| 3 podpisane fotografie |  |
| karta zdrowia |  |
| orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego  |  |
| orzeczenie o potrzebie nauczania indywidualnego |  |
| orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| opinie wydane przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną oraz inne opinie dotyczące kandydata |  |
| Inne (wymienić jakie …………………………………………………………………………..) |  |

**OŚWIADCZENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że: (wstawić „x”)** | **TAK** | **NIE** |
| Mój syn / córka\* ………………………..……………. **będzie uczestniczył(a)** w lekcjach religii. |  |  |
| Mój syn / córka **będzie uczestniczył(a)** w lekcjach Wychowania do życia w rodzinie. |  |  |
| **Jestem świadomy(a)**, że:- dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym, nie wymagają zgody na przetwarzanie danych osobowych, a ich obowiązek podania oraz zakres danych określony jest określony przepisami prawa: ustawa Prawo oświatowe, ustawa o systemie oświaty oraz aktami wykonawczymi do powyższych ustaw. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niezrealizowanie celów, w jakich zbierane są dane- Administratorem danych osobowych jest Akademicki Zespół Placówek Oświatowych w Fijewie, Fijewo 85, 14-260 Lubawa. - Pani/Pana dane osobowe i dane osobowe dziecka będą zbierane i przetwarzane na podstawie odpowiednich przepisów prawa lub odrębnie zbieranych zgód w celach: rekrutacji, prowadzenia dokumentacji przebiegu nauczania, wydawania legitymacji, zaświadczeń i świadectw, prowadzenia badań zewnętrznych dotyczących umiejętności uczniów, kontroli realizacji obowiązku szkolnego, promocji AZPO, ubezpieczenia, organizacji wycieczek, działań opiekuńczych, opieki medycznej, udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, prowadzenia nauczania indywidualnego, dostosowania wymagań na egzaminach zewnętrznych, korzystania z dziennika elektronicznego. - Odbiorcą Pani/Pana i dziecka danych osobowych będą: dyrektor, wicedyrektor, sekretarz, pracownicy administracji szkolnej, pielęgniarka, nauczyciele, pedagog, psycholog, inspektor danych osobowych, specjaliści oraz uprawnione organy publiczne.- Dane przetwarzane są w systemie komputerowym i ręcznym. - Każdy, którego dane osobowe dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. - Pana/Pani dane osobowe i dane osobowe dziecka będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, maksymalnie 50 lat od zakończenia nauki w placówce.- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy o ochronie danych osobowych. |  |  |
| Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na potrzeby związane z działalnością statutową AZPO oraz jego promocją (strona internetowa, facebook, fotograficzna dokumentacja uroczystości, gazetki ścienne, w ramach przekazywania informacji o pracy dydaktyczno-wychowawczej) na okres kształcenia dziecka w placówce oraz w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel ich przetwarzania, do odwołania zgody. |  |  |
| Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Statutu, regulaminów i innych obowiązków wynikających z przepisów prawa. |  |  |
| Zobowiązuję się do podawania do wiadomości szkoły wszelkich zmian w podanych wyżej informacjach. |  |  |
| Zobowiązuję się do uczestniczenia w zebraniach rodziców. |  |  |
| Wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |