Przedszkole JĘZYKOWE

„AKADEMIA MAŁYCH ZUCHÓW”
Formularz ZGŁOSZENIOWY

|  |
| --- |
| Dane dziecka: |
| Imię |  | Drugie imię |  |
| Nazwisko |  | Pesel |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Adres zamieszkania dziecka: |
| Ulica |  | Nr domu |  |
| Nr lokalu |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Adres zameldowania dziecka (wypełnić, jeśli inny niż zamieszkania): |
| Ulica |  | Nr domu |  |
| Nr lokalu |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Proszę o przyjęcie dziecka do grupy wiekowej (3, 4, 5, 6-cio latki): |  |
| Deklarowany czas pobytu dziecka w przedszkolu: | Od godz. …………………. do godz. ……………….. |
| 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 |  |

Informacje o Dziecku

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Czy dziecko było kiedykolwiek badane 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 przedszkole: |  |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Czy dziecko posiada opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, inne opinie dotyczące pomocy psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku posiadania w/w dokumentów prosimy o dołączenie kopii w do niniejszego formularza): |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Czy wobec dziecka orzeczono stopień niepełnosprawności? Jeśli tak – jaki? |

* TAK, …………………. / NIE\*

\*skreślić niewłaściwe

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

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

**OŚWIADCZENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że: (wstawić „x”)** | **TAK** | **NIE** |
| Mój syn / córka\* ………………………..……………. **będzie uczestniczył(a)** w lekcjach religii. |  |  |
| **Jestem świadomy**, 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. - Celem zbierania danych jest realizacja zadań statutowych i organizacyjnych placówki. - 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 Przedszkola, regulaminów i innych obowiązków wynikających z przepisów prawa. |  |  |
| Zobowiązuję się do podawania do wiadomości placówki 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 |