**ZGŁOSZENIE**

**dziecka sześcioletniego z obwodu szkoły do klasy pierwszej**

**Publicznej Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie**

**na rok szkolny 2024/2025**

#### Zgłoszenie należy wypełnić pismem drukowanym

|  |  |
| --- | --- |
| DANE DZIECKA | |
| **Nazwisko** |  |
| **Imiona** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Miejsce urodzenia** |  |
| **Adres zameldowania** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **PESEL** |  |
| **Szkoła obwodowa** |  |
| **Dziecko korzystało w roku szkolnym 2022/2023**  **z wychowania przedszkolnego**  (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne) | ………………………………………………………………  *(podać nazwę przedszkola/szkoły)* |
| **W przypadku, kiedy dziecko nie korzystało w roku szkolnym 2022/2023 z wychowania przedszkolnego** (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne) **Opinia PPP dotycząca dojrzałości szkolnej dziecka *( załączyć oryginał)*** | ………………………………………………………………  *( nr opinii, data jej wystawienia)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE MATKI/ OPIEKUNA PRAWNEGO\*** | |
| **Nazwisko i imię** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Telefon / adres poczty elektronicznej** |  |
| **Miejsce pracy** |  |
| **DANE OJCA/ OPIEKUNA PRAWNEGO\*** | |
| **Nazwisko i imię** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Telefon / adres poczty elektronicznej** |  |
| **Miejsce pracy** |  |

**Informacje o kandydacie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Niepełnosprawność  Kandydata  *(w przypadku odpowiedzi na tak dostarczyć oryginał orzeczenia)* | Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| Dodatkowe informacje  o dziecku |  | |

**DEKLARACJA UCZĘSZCZANIA DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ**

Oświadczam, że od 1 września 2024 r. moje dziecko/dziecko nad którym sprawuję opiekę prawną\* . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .będzie uczęszczało do klasy pierwszej w Publicznej Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie.

Świdwin, dn**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**  Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna

\*niepotrzebne skreślić

**Oświadczam, że:**

1. *Dane podane w niniejszej deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym.*
2. *Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu, w celu przyjęcia dziecka do klasy pierwszej oraz w zakresie działalności dydaktyczno -wychowawczo-opiekuńczej Publicznej Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z art.6 ust. 1 lit. a, c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*
3. *W przypadku zmiany danych zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie szkoły i dokonania odpowiednich zmian w dokumentacji.*

**Data …………………………………… …………………………………… Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna**\*

**Oświadczam, że**

**wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na opublikowanie imienia i nazwiska mojego dziecka na tablicy ogłoszeń w szkole na liście dzieci przyjętych do klasy pierwszej na rok szkolny 2024/2025.

**…………………………………… …………………………………… Data Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna\***

**POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA**

PESEL dziecka: ....................................................

Imię i nazwisko dziecka: ......................................

Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie potwierdza, że przyjął zgłoszenie dziecka do klasy pierwszej na rok szkolny 2024/2025.

Świdwin, dn**. ....................... .......................................**

Pieczątka i podpis dyrektora

\*niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna**

**dla osoby udostępniającej dane osobowe**

**Administratorem Pani/Pana\* danych osobowych jest:**

Publiczna Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 im. ppor. Emilii Gierczak z siedzibą: ul. A. Krajowej 19, 78-300 Świdwin. Z administratorem danych można się skontaktować telefonicznie pod numerem 94 365 22 34, na adres e-mail: sp2swidwin@op.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. **Inspektor ochrony danych.**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym może się Pani/Pan\* skontaktować poprzez email: [iodo\_swidwin@wp.pl](mailto:iodo.swidwin@wp.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować, w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

**Cele i podstawy przetwarzania.**

Podane przez Panią/Pana\* dane osobowe będą przetwarzane w związku z przyjęciem Pani/Pana\* dziecka na rok szkolny 2023/2024 do:

- klasy pierwszej\*.

Pani/Pana\* oraz dziecka dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) w związku z art. 130, 133 oraz 150 i 151 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku - Prawo oświatowe.

**Odbiorcy danych osobowych.**

Odbiorcami Pani/Pana\* oraz dziecka danych osobowych będą jednostki administracji publicznej uprawnione do sprawowania kontroli i nadzoru nad prawidłowością funkcjonowania administratora, jednostki mogące potwierdzić prawdziwość podanych przez Panią/Pana\* informacji oraz pozostałe jednostki administracji publicznej ustawowo umocowane do ich przetwarzania.

**Okres przechowywania danych.**

Pani/Pana\* oraz dziecka dane będą przechowywane przez czas wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt tj. przez czas trwania nauki, a następnie przez okres 50 lat po jej zakończeniu w przypadku dzieci przyjętych, poczynając od 1 stycznia roku następnego.

**Sposób przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana\* oraz dziecka dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie zostaną poddane profilowaniu.

**Prawa osób, których dane dotyczą.**

Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu\*:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopi,
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
3. prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
5. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa.

**Informacja o wymogu podania danych.**

Podanie przez Panią/Pana\* danych jest wymogiem ustawowym.

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Data Czytelny podpis rodzica/opiekuna**

\*niepotrzebne skreślić