Deklaracja

o kontynuowaniu wychowania przedszkolnego w oddziałach przedszkolnych
Szkoły Podstawowej im. gen. Stanisława Skalskiego w Polichnie
w roku szkolnym 2024/2025

1. Dane dziecka:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seria i nr paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość *( tylko w przypadku braku numeru PESEL)* |  |
| Imię |  | Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** |
| Województwo |  | Powiat |  |
| Gmina |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Ulica |  | Nr domu/mieszkania |  |

2. Dane rodziców/opiekunów dziecka:

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| Imię/Imiona |  | Nazwisko |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| Województwo |  | Powiat |  |
| Gmina |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Ulica |  | Nr domu/mieszkania |  |
| **DANE KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| Imię |  | Nazwisko |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| Województwo |  | Powiat |  |
| Gmina |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Ulica |  | Nr domu/mieszkania |  |
| **DANE KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |

1. Deklaracja i oświadczenie
2. Deklaruję kontynuowanie wychowania przedszkolnego dziecka: ………………………… ……………………………….…………. w oddziałach przedszkolnych Szkoły Podstawowej im gen Stanisława Skalskiego w Polichnie w roku szkolnym 2024/2025.

Oświadczenia wnioskodawcy

Informacje niezbędne do zapewnienia rzetelności i przejrzystości przetwarzania danych osobowych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, Administrator Danych Osobowych (ADO) informuję, że:

1. Posiada Pani/Pan prawo do bezpłatnego:
2. dostępu do danych osobowych;
3. poprawiania danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia, przetwarzania;
4. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
5. przenoszenia danych osobowych;
6. cofnięcia, usunięcia czy bycia zapomnianym.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i jest wymogiem umownym\* niezbędnym do realizacji w/w celu. Nie wyrażenie zgody skutkuje dalszym zaprzestaniem realizacji w/w celu w jakim oświadczenie ma być wyrażone.
8. Podane dane osobowe nie będą z żaden sposób poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowane.
9. Podane dane osobowe mogą być przekazywane innym podmiotom przetwarzającym \*\*, jeżeli tego będzie wymagała realizacja dalszych zadań statutowych.
10. Podane dane osobowe będą przetwarzane w postaci papierowej i/lub elektronicznej.
11. Dostęp do danych osobowych mają wyłącznie osoby upoważnione przez ADO.
12. Zgoda wyrażona jest do czasu jej odwołania, lecz nie dłużej niż na okres rekrutacji.

Polichno, dnia ............................ ...........................................................

 *podpis rodzica /opiekuna prawnego*

1. Przyjęcie deklaracji przez dyrektora

 …………………. ...........................................................

 (data) (*podpis dyrektora szkoły*)