

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE UCZNI
DO GIMNAZJUM W ZESPOLE SZKÓŁ
W WIERZAWICACH NA ROK SZKOLNY 2016/2017**

UWAGA! kartę wypełnić pismem drukowanym

1.DANE OBOWIĄZKOWE (należy wypełnić wszystkie pola):

DANE UCZNI		
NAZWISKO		
IMIĘ		
DATA URODZENIA		
MIEJSCE URODZENIA		
ADRES ZAMIESZKANIA		
PESEL		
DANE MATKI		
NAZWISKO		
IMIĘ		
ADRES ZAMIESZKANIA		
	DANE OJCA	
NAZWISKO		
IMIĘ		
ADRES ZAMIESZKANIA		
DEKLARACJE		
NAUKA RELIGII	TAK	NIE
NAUKA ETYKI	TAK	NIE
WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE	TAK	NIE

DANE DODATKOWE

	DANE DODATKOWE	
TELEFON KONTAKTOWY DO MATKI		
TELEFON KONTAKTOWY DO OJCA		
DEKLARUJĘ POBYT DZIECKA W ŚWIETLICY	TAK	NIE
ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA (w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły)	TAK	NIE

INFORMACJA :

Na podstawie art. 24 ust.1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity: Dz.U.2002 r. Nr 101 poz.926) przyjmuję do wiadomości, że :

- Administratorem danych jest Zespół Szkół w Wierzawicach z siedzibą Wierzawice 396
- dane kontaktowe będą przetwarzane wyłącznie w celu szybkiego kontaktu z rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka w nagłych okolicznościach, dane dot. wizerunku dziecka będą wykorzystywane wyłącznie w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły.
- dane nie będą udostępnione podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
- przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawienia.
- dane podaję dobrowolnie jednocześnie wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym powyżej.

Data Podpis MATKI.....

Podpis OJCA.....

Zgoda - oświadczenie rodziców / opiekunów

Ja niżej podpisany/a wyrażam/ nie wyrażam zgody na badanie profilaktyczne, zdrowotne i higieniczne mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko)

.....
prowadzone przez pielęgniarkę szkolną.

Świadczenia obejmują przede wszystkim:

- 1.Udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów, zatruc.
- 2.Edukację zdrowotną.
- 3.Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych.
- 4.Sprawdzanie w uzasadnionych przypadkach czystości skóry głowy mojego dziecka.

Data

.....
(czytelny podpis rodzica)