

# WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO SZKOŁY PODSTAWOWEJ W ZESPOLE SZKÓŁ W WIERZAWICACH NA ROK SZKOLNY 2018/2019

UWAGA! kartę wypełnić pismem drukowanym

DANE OBOWIĄZKOWE (należy wypełnić wszystkie pola):

DANE DZIECKA		
NAZWISKO		
IMIĘ		
DATA URODZENIA		
MIEJSCE URODZENIA		
ADRES ZAMIESZKANIA		
PESEL		
DANE MATKI		
NAZWISKO		
IMIĘ		
ADRES ZAMIESZKANIA		
TELEFON KONTAKTOWY		
DANE OJCA		
NAZWISKO		
IMIĘ		
ADRES ZAMIESZKANIA		
TELEFON KONTAKTOWY		
DEKLARACJE		
NAUKA RELIGII lub ETYKI * (* właściwe podkreślić religia czy etyka)	TAK	NIE
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
<p><b>INFORMACJA :</b>                      Na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016, poz. 922 ze zm.) przyjmuję do wiadomości, że:                      - administratorem danych jest Zespół Szkół w Wierzawicach z siedzibą Wierzawice 396, 37-300 Leżajsk;                      - dane kontaktowe będą przetwarzane wyłącznie w celu szybkiego kontaktu z rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka w nagłych okolicznościach, dane dotyczące 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.</p>		
..... data	Podpis OJCA ..... Podpis MATKI .....	

## Zgoda - oświadczenie rodziców/opiekunów

Ja niżej podpisany/a *wyrażam/nie wyrażam* \* zgody na badanie profilaktyczne, zdrowotne i higieniczne mojego dziecka: ..... prowadzone przez pielęgniarkę szkolną.

\* *Właściwe podkreślić*

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 rodziców/prawnych opiekunów)