



KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA
DO KL. SZKOŁY PODSTAWOWEJ
IM ŚW. FRANCISZKA W WARSZAWIE
w roku szkolnym 2021/22

I DANE DZIECKA:

1. Imiona i nazwisko dziecka:

Pierwsze imię..... Drugie imię.....

2. Data i miejsce urodzenia(miesiąc słownie).....

3. PESEL dziecka.....

4. Adres zamieszkania kandydata:.....

5. Adres zameldowania (stały/czasowy) – jeśli jest inni niż miejsce zamieszkania:

.....

II DANE RODZICÓW:

Dane rodziców		Matki	Ojca
1.	Imię		
2.	Nazwisko		
3.	Miejsce zamieszkania		
4.	Adres e-mail		
5.	Tel. kontaktowy		

INNE INFORMACJE

1.	Nazwa i adres szkoły obwodowej	
2.	Czy dziecko posiada opinię lub orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności?	
3.	Czy dziecko pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej? Jeśli tak, to jakiej?	
4.	Język obcy, którego dziecko uczyło się w poprzedniej szkole	

5.	Dodatkowe ważne informacje o dziecku np. stałe choroby, wady rozwojowe, alergie, inne:	
6.	Przynależność do parafii	

III OŚWIADCZENIE RODZICÓW

Oświadczam(y), iż przedłożone powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu **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) oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000)** w celach ewidencyjnych oraz działalności statutowej szkoły*.
- 2) Wyrażam zgodę na publikację danych osobowych oraz wizerunku (ewentualnych zdjęć) mojego dziecka i jego osiągnięć na tablicy lub/i stronie internetowej szkoły w związku z działaniami informacyjnymi i promocyjnymi szkoły*.
- 3) Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie przez szkołę prac dziecka wytworzonych pod kierunkiem nauczyciela na zajęciach szkolnych lub dla celów zajęć szkolnych*.
- 4) Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych mojego dziecka podmiotom świadczącym opiekę medyczną (pielęgniarka) na terenie szkoły*.

**w przypadku braku zgody - skreślić*

Podpis Matki

Podpis Ojca

Warszawa, dn.....