

.....
.....
(imię i nazwisko dziecka)

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO SZKOŁY
SPOZA OBWODU SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 2 W ŻARACH**

Proszę podać nazwę i adres szkoły, do której obwodu należy dziecko ze względu na adres zamieszkania:

.....

Uzasadnienie wyboru Szkoły Podstawowej nr 2 w Żarach (prosimy podkreślić właściwe odpowiedzi):

- w szkole obowiązek szkolny spełnia rodzeństwo dziecka,
- miejsce pracy rodziców znajduje się blisko szkoły,
- w pobliżu szkoły mieszkają krewni dziecka wspierający rodziców w sprawowaniu opieki nad dzieckiem,
- droga dziecka do szkoły jest krótsza lub bezpieczniejsza niż droga do szkoły obwodowej,
- rodzic dziecka jest pracownikiem szkoły,
- inne

I. Dane obowiązkowe (prosimy wypełnić czytelnie):

DANE DZIECKA												
Nazwisko												
Imię/imiona	1)						2)					
PESEL												
Data urodzenia												
Miejsce urodzenia												
Adres zamieszkania												
Adres zameldowania												
DANE MATKI/opiekunki prawnej												
Nazwisko												
Imię												
Adres zamieszkania *												
Adres zameldowania *												
nr tel. do kontaktu												
DANE OJCA/opiekuna prawnego												
Nazwisko												
Imię												
Adres zamieszkania *												
Adres zameldowania *												
nr tel. do kontaktu												

* Uzupełnić wówczas, jeśli adres zamieszkania i/lub zameldowania rodziców/prawnych opiekunów jest inny niż adres zamieszkania i/lub zameldowania dziecka.

II. Dane dodatkowe dotyczące ucznia:

DEKLARACJE /ZGODY (zaznaczyć wpisując znak x)		
Deklaruję uczestnictwo mojego dziecka w lekcjach religii/etyki	RELIGIA []	ETYKA []
Deklaruję pobyt dziecka w świetlicy	TAK []	NIE []
Zgoda na wykorzystanie danych i wizerunku dziecka (w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły)	TAK []	NIE []
Zgoda na to, aby jedno z rodziców, w imieniu obojga, podejmowało decyzje w sprawie wyjazdu dziecka, w szczególności na wycieczki, zawody sportowe, konkursy oraz inne imprezy okolicznościowe odbywające się poza szkołą	TAK []	NIE []

Nazwa i adres przedszkola, do którego obecnie uczęszcza dziecko:

.....

Nazwa i adres przychodni lekarza rodzinnego:

.....

W przypadku przyjęcia dziecka do szkoły proszę dostarczyć do sekretariatu kartę badania dziecka 6-letniego z przychodni lekarza rodzinnego.

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 ze zm.) przyjmuję do wiadomości, że:

- Administratorem danych jest Szkoła Podstawowa nr 2 im. Janusza Korczaka w Żarach
- Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
- Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w celu rekrutacji i realizacji obowiązku nauczania. Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane dziecka są zgodne z metryką urodzenia, aktualnym meldunkiem, aktualnym adresem zamieszkania. O wszelkich zmianach zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić szkołę.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)