Zespół Kształcenia i Wychowania w Koczale
ul. Szkolna 16, 77-220 Koczała tel/fax 59 857 42 75, e-mail: zkiwkoczala@szkola-koczala.pl

ZGŁOSZENIE KANDYDATA DO SZKOŁY PODSTAWOWEJ
im. Żołnierzy I Armii Wojska Polskiego w Koczale

do klasy _____w roku szkolnym _____

DANE OSOBOWE DZIECKA											
*PESEL **											
Seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (wypełnić wyłącznie w przypadku braku nr PESEL)											
*Imię/Imiona**					*Nazwisko**						
*Data urodzenia**					*Miejsce urodzenia***						

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA			
Województwo*		*Powiat **	
*Gmina**		*Miejscowość**	
*Ulica**		*Nr domu / Nr mieszkania**	
*Kod pocztowy**			
ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA ***			
Województwo		*Powiat*	
Gmina		*Miejscowość*	
Ulica		*Nr domu / Nr mieszkania*	
Kod pocztowy			

DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU ***		
Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną (właściwe zakreślić)	TAK	NIE
Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności (właściwe zakreślić)	TAK	NIE

DANE OSOBOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 1			
*Imię/Imiona**		*Nazwisko**	
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 1			
Województwo*		*Powiat **	
*Gmina**		*Miejscowość**	
*Ulica**		*Nr domu / Nr mieszkania**	
*Kod pocztowy**			
DANE KONTAKTOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 1			
*Telefon domowy / komórkowy ***			
*Adres e-mail ***			

DANE OSOBOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 2			
*Imię/Imiona**		*Nazwisko**	
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 2			
*Województwo**		*Powiat **	
*Gmina**		*Miejscowość**	
*Ulica**		*Nr domu / Nr mieszkania**	
*Kod pocztowy**			
DANE KONTAKTOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 2			
*Telefon domowy / komórkowy ***			
*Adres e-mail ***			

** Oznaczone pola wymagane*
*** Oznaczone pole wymagane w przypadku posiadania, jak wyżej*
**** Oznaczone pola nieobowiązkowe*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TREŚCI WNIOSKU

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane, w tym miejsce zamieszkania kandydata i jego rodziców, są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…….. (data, podpis rodzica 1)

…….. (data, podpis rodzica 2)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Zespół Kształcenia i Wychowania w Koczale (dalej „ZKiW") z siedzibą w Koczale ul. Szkolna 16, 77 – 220 Koczała, jako administrator danych osobowych, informuje iż:

- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne dla potrzeb realizacji obowiązku szkolnego,
- posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści danych swoich i swojego dziecka oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- podane dane mogą być udostępniane przez ZKiW podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa,
- podane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody (art. 6 ust. 1 pkt a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych,
- z administratorem danych można się kontaktować telefonicznie (59) 857 42 75, e-mailowo iod_zkiwkoczala@op.pl, lub kierując korespondencję na adres siedziby ZKiW,
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezgodne z prawem.

…….. (data, podpis rodzica 1)

…….. (data, podpis rodzica 2)

Zespół Kształcenia i Wychowania w Koczale
ul. Szkolna 16, 77-220 Koczała tel/fax 59 857 42 75, e-mail: zkiwkoczala@poczta.onet.pl

W celu zapewnienia realizacji praw, przed wyrażeniem zgody prosimy o zapoznanie się z informacjami zawartymi w „Informacji o przetwarzaniu danych"

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UCZNIA ZESPOŁU KSZTAŁCENIA I WYCHOWANIA W KOCZALE

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych mojego

dziecka _____
(imię i nazwisko dziecka)

oraz moich/naszych , jako rodzica/rodziców (opiekunów prawnych) przez Zespół Kształcenia i Wychowania z siedzibą w Koczale ul. Szkolna 16, 77 – 220 Koczała w zakresie działalności dydaktyczno – wychowawczo – opiekuńczej (**dla potrzeb niezbędnych dla realizacji obowiązku szkolnego**) zgodnie z Prawem Oświatowym oraz Rozporządzeniem 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 (RODO, Dz. U. UE L. 119/1 z 2016 r.).

Informujemy, że ww. zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data_____ _____ _____

(podpisy rodzica/rodziców)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na utrwalenie wizerunku mojego dziecka _____
(imię i nazwisko dziecka)

oraz moich/naszych _____
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

w postaci zdjęć, filmów i nagrań oraz jego rozpowszechnianie przez Zespół Kształcenia i Wychowania z siedzibą w Koczale ul. Szkolna 16, 77 – 220 Koczała (dalej ZKiW).
Niniejsza zgoda obejmuje takie formy rozpowszechniania jak:

- udostępnianie wizerunku na stronie internetowej oraz social mediach (np. Facebook) administrowanych przez ZKiW,
- udostępnianie wizerunku w kronice szkolnej, tablo.

Niniejsza zgoda odnosi się do wielokrotnego, nieograniczonego czasowo i terytorialnie rozpowszechniania wizerunku.

Data_____ _____ _____

(podpisy rodzica/rodziców)

Zespół Kształcenia i Wychowania w Koczale
ul. Szkolna 16, 77-220 Koczała tel/fax 59 857 42 75, e-mail: zkiwkoczala@poczta.onet.pl

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH

Zespół Kształcenia i Wychowania w Koczale (dalej „ZKiW") z siedzibą w Koczale ul. Szkolna 16, 77 – 220 Koczała, jako administrator danych osobowych, informuje iż:

- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne dla potrzeb realizacji obowiązku szkolnego,
- posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści danych swoich i swojego dziecka oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- podane dane mogą być udostępniane przez ZKiW podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa,
- podane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody (art. 6 ust. 1 pkt a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych,
- dane osobowe w postaci wizerunku zawartego w zdjęciach, nagraniach mogą zostać upublicznione nieograniczonemu kręgowi odbiorców poprzez publikację na Facebook oraz stronie internetowej szkoły, dane te będą przetwarzane do wycofania zgody, wycofanie zgody spowoduje usuniecie danych, jednak nie będzie obowiązku zebrania i zniszczenia materiałów wykorzystywanych i rozpowszechnianych przed jej wycofaniem.
- z administratorem danych można się kontaktować telefonicznie (59) 857 42 75, e-mailowo iod_zkiwkoczala@op.pl, lub kierując korespondencję na adres siedziby ZKiW,
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezgodne z prawem.

Koczała, dnia_____

DEKLARACJA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA

_____
IMIĘ I NAZWISKO RODZICA

_____
ADRES ZAMIESZKANIA

Jako opiekun prawny małoletniego dziecka_____, będącego w wieku przekraczającym/nieprzekraczającym* 7 lat oświadczam, że odległość szkoły, w której obwodzie dziecko zamieszkuje przekracza 3 km (w przypadku uczniów klas I – VI szkół podstawowych) 4 km (w przypadku uczniów klas V – VIII szkół podstawowych i oddziału gimnazjalnego)*

Jednocześnie oświadczam, że dziecko będzie dojeżdżało do szkoły autobusem linii _____ należącym do Przewoźnika Przedsiębiorstwo Komunikacji Samochodowej w Bytowie Spółka Akcyjna z siedzibą w Bytowie. W związku z powyższym będę korzystać z biletów miesięcznych emitowanych przez powyżej wskazanego przewoźnika. W związku z przysługującym mi na podstawie art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59) prawem do zwrotu kosztów przejazdu dziecka, środkami komunikacji publicznej wnoszę o dokonanie zwrotu przejazdów dziecka środkami komunikacji publicznej oraz oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie przysługującej mi kwoty tytułem tego zwrotu bezpośrednio na rzecz przewoźnika Przedsiębiorstwo Państwowej Komunikacji Samochodowej w Bytowie Spółka Akcyjna z siedzibą w Bytowie. Powyższe wynika z odroczenia przez przewoźnika terminu zapłaty za zakupiony przeze mnie bilet miesięczny.

_____
PODPIS RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA

***niepotrzebne skreślić**