………………………………….. Kobylanka, dnia ……………………

 Pieczęć szkoły

(do której uczęszcza dziecko)

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

**PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ W KOBYLANCE**

 **NA DYŻUR WAKACYJNY 2022/2023 (01.07.2023-28.07.2023)
W TERMINIE OD .............. DO …………**

**Proszę o przyjęcie dziecka**:

………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko dziecka) - **WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

urodzonego

……………………………………………… w ……………………………………..……

 /data urodzenia/ /miejsce urodzenia/

PESEL: ……………….…………………………

uczęszczającego do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej\* w …………………

na 5 godzin dziennie tj. od godz. 8.00 do godz. 13.00.

\*niepotrzebne skreślić

Adres zamieszkania dziecka oraz rodziców/opiekunów prawnych: …………………………… …………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu do szybkiego kontaktu z rodzicami/opiekunami prawnymi: ………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………..

Informacje o stanie zdrowia dziecka mogące mieć wpływ na zapewnienie prawidłowej opieki w oddziale przedszkolnym w Szkole Podstawowej w Kobylance (w tym alergie, uczulenia itp.): …………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………

Oświadczenie o niekorzystaniu z urlopu wypoczynkowego przez obojga rodziców w okresie, kiedy dziecko zapisane jest na dyżur, pod rygorem nieprzyjęcia dziecka na dyżur.

……………………………………………………… ………………………………………………………

 podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego

**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1−2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016 r., s. 1 sprost.: Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018 r., s. 2 – dalej RODO − informujemy, że:

1. *Administratorem Pani / Pana danych osobowych oraz danych dziecka / podopiecznego jest Szkoła Podstawowa w Kobylance.*
2. *Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym Pani / Pan może się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych oraz swojego dziecka / podopiecznego pod adresem e-mail iod@data.pl; pod numerem telefonu 503677713.*
3. *Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c i art. 9 ust. 2 lit. h RODO w związku z: Ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe - Dz.U. 2017 poz. 59 ze zm., Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty - Dz.U. 2017 poz. 2198 ze zm., Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej - Dz.U. 2017 poz. 2159 ze zm.); Dane osobowe w postaci wizerunku przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) (zgoda) RODO w celu promocji wydarzeń edukacyjnych oraz promocji szkoły.*
4. *Odbiorcami danych osobowych są upoważnieni pracownicy Administratora oraz podmioty które nam pomagają w realizacji celu z którymi Administrator podpisał umowę powierzenia.*
5. *Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. 2018 poz. 217 ze zm.) celów archiwizacji. Dane przetwarzane na podstawie zgody będą przetwarzane do momentu wycofania zgody.*
6. *Posiada Pani / Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, w przypadkach określonych w przepisach RODO.*
7. *Przysługuje Pani / Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność
z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.*
8. *Ma Pani / Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2,
00-193 Warszawa, w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez administratora**, o ile naruszone zostaną przepisy dot. ochrony danych osobowych.*

 *……………………………………………… ……………………………………….*

 *Podpis matki lub opiekunki prawnej podpis ojca lub opiekuna prawnego*

Kobylanka, dnia ………………………

…………………………………………………

(imię i nazwisko rodzica)

…………………………………………………

(adres)

…………………………………………………

(telefon)

**UPOWAŻNIENIE**

Upoważniam do odbierania oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej Kobylance mojego dziecka………………………………….…..………………………………., następujące osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby upoważnionej** | **Seria i numer dowodu osobistego** | **Stopień pokrewieństwa** |
| **1** |   |   |   |
| **2** |   |   |   |
| **3** |   |   |   |

upoważnienie jest ważne od ………..…………………. do ……………………………

**Oświadczam, że ponoszą pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo, zdrowie i życie dziecka odebranego z oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej
w Kobylance przez osobę upoważnioną.**

…………………………………

*Podpisy rodziców/prawnych opiekunów*