**DEKLARACJA KONTYNUACJI WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO**

**W PRZEDSZKOLU SAMORZĄDOWYM W PARCHOWIE W ROKU SZKOLNYM 2018/19**Uwaga! Kartę wypełnić pismem drukowanym

1. **DANE OBOWIĄZKOWE** (należy wypełnić wszystkie pola- wpisać BEZ ZMIAN- jeśli od ubiegłego roku szkolnego DANE nie uległy zmianie)

|  |
| --- |
| **DANE DZIECKA** |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Data urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  |
| **Informacja o stanie zdrowia** (schorzenia stałe, uczulenia, dieta, specjalne zalecenia lekarskie -należy dostarczyć stosowne zaśw. lekarskie; dane dot. rozwoju psychofizycznego- np. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenie o niepełnosprawności itp.)  |  |
| **DANE MATKI** | **DANE OJCA** |
| Nazwisko i imię |  |  |
| Adres zamieszkania |  |  |
| Tel. kontaktowy |  |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |  |

|  |
| --- |
| **DEKLARACJE** |
| Nauka religii ( dot. dzieci 6-letnich) |  □ TAK □ NIE |
| Zgoda na udzielenie natychmiastowej pomocy medycznej w razie wypadku |  □ TAK □ NIE |

|  |
| --- |
| **DANE DODATKOWE** |
| Deklaruję pobyt dziecka po godz. 13:00  | □ TAK □ NIE |
| Deklaruję pobyt dziecka przed godz.8:00  | □ TAK □ NIE |
| Zgoda na wykorzystanie wizerunku dziecka (w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem przedszkola) | □ TAK □ NIE |
| Zgoda na wykorzystanie wizerunku rodzica (w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem przedszkola ) | □ TAK □ NIE |
| Zgoda na przebadanie dziecka przez specjalistów zatrudnionych w ZS w Parchowie( logopeda, pedagog, terapeuta, inni) oraz wykonanie diagnoz przez pielęgniarkę szkolną.  | □ TAK □ NIE |

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) przyjmuję do wiadomości, że:

* Administratorem danych jest Zespół Szkół w Parchowie z siedzibą przy ul. Kartuskiej 19a,
* dane kontaktowe będą przetwarzane wyłączenie w celu szybkiego kontaktu z rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka w nagłych okolicznościach,
* dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa,
* przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania,
* dane podaję dobrowolnie jednocześnie wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym powyżej.

Data....................................... Podpis MATKI.................................................... Podpis OJCA......................................................