**DEKLARACJA KONTYNUACJI**

**nauki w oddziale przedszkolnym**

**w Publicznej Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi Nr 2**

**w Świdwinie**

**w roku szkolnym 2024/2025**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Imiona** |  | | | |  | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | **Data urodzenia** | | |  | | | |
| **Miejsce urodzenia** |  | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** | | | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | **Ulica** | | |  | | | |
| **Numer domu** |  | | | | **Numer mieszkania** | | |  | | | |
| **Gmina** |  | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA ( jeżeli jest inny niż zamieszkania)** | | | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | **Ulica** | | |  | | | |
| **Numer domu** |  | | | | **Numer mieszkania** | | |  | | | |
| **Gmina** |  | | | | | | | | | | |

**DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Niepełnosprawność**  **Kandydata**  *(w przypadku odpowiedzi na* ***TAK*** *dostarczyć oryginał orzeczenia)* | Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| **Informacje o dziecku mogące wpływać na jego funkcjonowanie w placówce** |  | |
| **Dziecko uczęszczało w roku szkolnym 2023/2024 do oddziału przedszkolnego**  **. . . . . . . . . . . . . w PSP z OI nr 2 w Świdwinie**  **oddział** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **POBYT DZIECKA W PLACÓWCE**  **od godz.: . . . . . . . . . . do godz.: . . . . . . . . . . razem . . . . . . . . . godzin** | |
| **śniadanie** (jeżeli będziekorzystał z posiłku przygotowywanego przez kuchnię wpisać **TAK**) |  |
| **obiad** (jeżeli będziekorzystał z posiłku przygotowywanego przez kuchnię wpisać **TAK**) |  |
| **podwieczorek** (jeżeli będziekorzystał z posiłku przygotowywanego przez kuchnię wpisać **TAK**) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**\* | | | | | | | | | |
| Opiekun  (właściwe zakreślić) | Rodzic | | Opiekun prawny | Nie udzieli informacji | | Nie żyje | | Nieznany | Rodzic mieszka za granicą |
| **Imię** |  | | | **Drugie imię** | | |  | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | **Ulica** | |  | | |
| **Numer domu** |  | | | | **Numer mieszkania** | |  | | |
| **Telefon dom/komórka** | |  | | | | | | | |
| **Adres e-mail** | |  | | | | | | | |
| **MIEJSCE PRACY MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** | | | | | | | | | |
| **Nazwa i adres zakładu pracy** | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO**\* | | | | | | | | | |
| Opiekun  (właściwe zakreślić) | Rodzic | | Opiekun prawny | Nie udzieli informacji | | Nie żyje | | Nieznany | Rodzic mieszka za granicą |
| **Imię** |  | | | **Drugie imię** | | |  | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | **Ulica** | |  | | |
| **Numer domu** |  | | | | **Numer mieszkania** | |  | | |
| **Telefon dom/komórka** | |  | | | | | | | |
| **Adres e-mail** | |  | | | | | | | |
| **MIEJSCE PRACY OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** | | | | | | | | | |
| **Nazwa i adres zakładu pracy** | |  | | | | | | | |

**DEKLAROWANY POBYT DZIECKA W ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM**

Deklaruję, że od 1 września 2024 r. moje dziecko/dziecko nad którym sprawuję opiekę prawną\*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . będzie kontynuowało naukę w oddziale przedszkolnym w Publicznej Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie.

Świdwin, dn**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**  Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna\*

**Oświadczam, że:**

1. *Dane podane w niniejszej deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym.*
2. *Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji, w celu przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego oraz w zakresie działalności dydaktyczno -wychowawczo-opiekuńczej Publicznej Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z art.6 ust. 1 lit. a, c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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.*
3. *W przypadku zmiany danych zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie szkoły i dokonania odpowiednich zmian w dokumentacji.*

**Data …………………………………… …………………………………… Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna**\*

**Oświadczam, że**

**wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\*na opublikowanie imienia i nazwiska mojego dziecka na tablicy ogłoszeń w szkole na liście dzieci przyjętych do oddziału przedszkolnego na rok szkolny 2024/2025.

**…………………………………… …………………………………… Data Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna\***

**POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI**

PESEL dziecka: ....................................................

Imię dziecka: ........................................................

Nazwisko dziecka: .................................................

Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie potwierdza, że przyjął deklarację kontynuacji nauki w oddziale przedszkolnym szkoły na rok szkolny 2024/2025.

Świdwin, dn**. ....................... .......................................**

Pieczątka i podpis dyrektora

\*niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna**

**dla osoby udostępniającej dane osobowe**

**Administratorem Pani/Pana\* danych osobowych jest:**

Publiczna Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 im. ppor. Emilii Gierczak z siedzibą: ul. A. Krajowej 19, 78-300 Świdwin. Z administratorem danych można się skontaktować telefonicznie pod numerem 94 365 22 34, na adres e-mail: sp2swidwin@op.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.

**Inspektor ochrony danych.**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym może się Pani/Pan\* skontaktować poprzez email: [iodo\_swidwin@wp.pl](mailto:iodo_swidwin@wp.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować, w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

**Cele i podstawy przetwarzania.**

Podane przez Panią/Pana\* dane osobowe będą przetwarzane w związku z przyjęciem Pani/Pana\* dziecka na rok szkolny 2022/2023 do:

- oddziału zerowego roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne\*.

Pani/Pana\* oraz dziecka dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. lit. c 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 „RODO”), (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) w związku z art. 130, 133 oraz 150 i 151 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku - Prawo oświatowe.

**Odbiorcy danych osobowych.**

Odbiorcami Pani/Pana\* oraz dziecka danych osobowych będą jednostki administracji publicznej uprawnione do sprawowania kontroli i nadzoru nad prawidłowością funkcjonowania administratora, jednostki mogące potwierdzić prawdziwość podanych przez Panią/Pana\* informacji oraz pozostałe jednostki administracji publicznej ustawowo umocowane do ich przetwarzania.

**Okres przechowywania danych.**

Pani/Pana\* oraz dziecka dane będą przechowywane przez czas wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt tj. przez czas trwania nauki, a następnie przez okres 50 lat po jej zakończeniu w przypadku dzieci przyjętych, poczynając od 1 stycznia roku następnego.

**Sposób przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana\* oraz dziecka dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie zostaną poddane profilowaniu.

**Prawa osób, których dane dotyczą.**

Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu\*:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopi,
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
3. prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
5. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa.

**Informacja o wymogu podania danych.**

Podanie przez Panią/Pana\* danych jest wymogiem ustawowym.

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Data Czytelny podpis rodzica/opiekuna\***

\*niepotrzebne skreślić