Toruń, dn. ……………………………………..

|  |
| --- |
| **Dyrektor**  **Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 19**  **w Toruniu**  **im. bł. ks. S.W. Frelichowskiego** |

**WNIOSEK**

**o przyjęcie ucznia do zespołu edukacyjno – terapeutycznego**

**rok szkolny ………………………**

**I. Dane osobowe ucznia i rodziców/opiekunów prawnych**

***\*UWAGA! Należy wypełnić wniosek pismem drukowanym.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Imię/imiona i nazwisko ucznia | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Miejsce zamieszkania dziecka | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Data urodzenia | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Miejsce urodzenia | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | PESEL dziecka | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 6. | Numer orzeczenia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Imię/imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych | | Matki/ opiekuna | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Ojca/  opiekuna | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Adres miejsca zamieszkania  Rodziców/opiekunów prawnych | | Kod pocztowy | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Numer domu /numer mieszkania | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 9. | Adres poczty elektronicznej  i numery telefonów rodziców/opiekunów prawnych | Matka/ opiekun | Telefon do kontaktu | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ojciec/ opiekun | Telefon do kontaktu | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 10. | Klasa \**zaznaczyć właściwe* | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 |
| 11. | Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań testem na obecność narkotyków lub alkomatem w związku z podejrzeniem zażycia środków odurzających lub alkoholu | | **TAK**  **NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontrolnych badan psychologicznych przez psychologa szkolnego | | **TAK NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | |

**II. Oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego dokonującego zgłoszenia:**

Oświadczam, że podane w zgłoszeniu dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym.

…………………………………….

Podpis rodzica/opiekuna zgłaszającego

**ZGODA**

Wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnienie mojego numeru telefonu prywatnego pracownikom Szkoły Podstawowej Specjalnej Nr 19 w Toruniu w celach prowadzenia rozmów związanych z edukacją i wychowaniem mojego dziecka na czas jego edukacji w placówce.

*………………………..………………………………………….*

*podpis rodzica/opiekuna prawnego/ pełnoletniego ucznia*

***Podstawa prawna:*** *Rozporządzenie 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)art. 7 ust.2*

**Klauzula informacyjna**

*Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych dziecka   
w celach związanych z przyjęciem i pobytem w świetlicy szkolnej, zgodnie z art. 6ust., 1 lit a)Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/2017 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 osobowych) (Dz.Urz. UE L 119,S.1)*

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany/a, że:

1) Administrator danych osobowych jest Szkoła Podstawowa Specjalna nr 19 w Toruniu   
z siedzibą przy ul. Dziewulskiego 41c.

2) Kontakt z inspektorem Ochrony Danych w Szkole Podstawowej Specjalnej nr 19   
w Toruniu: Anna Grzybowska, telefon: 56 611-89-92 lub e-mail: rodo1@tcuw.torun.pl.

3) Przekazane dane osobowe i informacje o dziecku będą służyły tylko i wyłącznie do potrzeb wynikających   
z pracy opiekuńczo - wychowawczej świetlicy szkolnej i nie będą udostępniane stronie trzeciej.

4) Mam prawo dostępu do treści moich danych osobowych przetworzonych przez w/w podmiot, prawo do ich sprostowania, żądania ich uzupełniania, ograniczenia przetwarzania, a także usunięcia.

5) Mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność   
z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

6) Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

7) Wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Administratora z obowiązków wynikających   
z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzania danych oraz ich legalnego przetwarzania.

8) Administrator nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych   
w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej.

9) Mam prawo wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego jeśli moim zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Toruń, dnia ............................... ................................................................

Podpis rodzica/opiekuna zgłaszającego