

DODATKOWE INFORMACJE O UCZNIU

I. DANE OSOBOWE DZIECKA

DANE OSOBOWE DZIECKA	
Nazwisko:	Imiona:
Data i miejsce urodzenia:	

II. OŚWIADCZENIE RODZICÓW W SPRAWIE UCZĘSZCZANIA DZIECKA NA RELIGIĘ/ETYKĘ

Wyrażam wolę/ nie wyrażam woli *, aby mój syn/moja córka* uczestniczył/uczestniczyła* w lekcji religii/etyki.* (*niewłaściwe skreślić)

III. OPIEKA ŚWIETLICOWA / WYŻYWIENIE

1.Czy dziecko będzie korzystało z opieki świetlicy szkolnej	TAK	NIE
	<i>(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)</i>	
2.Jeżeli tak, proszę o wpisanie godzin opieki świetlicowej	od do	
3.Korzystanie z żywienia w szkole	TAK	NIE
	<i>(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)</i>	

IV. INFORMACJE DODATKOWE O DZIECKU (NP. CHOROBY STAŁE, PRZYJMOWANE LEKI, UCZULENIA)

.....

V. OŚWIADCZENIE RODZICÓW NA UDZIAŁ DZIECKA W WYCIECZKACH SZKOLNYCH:

Wyrażam stałą zgodę na udział mojego dziecka w wycieczkach i imprezach szkolnych / będę wyrażał każdorazowo przed wycieczką lub imprezą szkolną w formie pisemnej.* (*niewłaściwe skreślić)

VI. OŚWIADCZENIE RODZICÓW W SPRAWIE POBYTU DZIECKA W SZKOLE:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na to, aby moje dziecko w dniach, kiedy z przyczyn organizacyjnych nie odbywają się planowane zajęcia na pierwszych lub ostatnich godzinach lekcyjnych, odpowiednio przychodziło później do szkoły lub wcześniej kończyło zajęcia. *(*niewłaściwe skreślić)*

VII. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na udzielanie w razie potrzeby mojemu dziecku pomocy psychologiczno-pedagogicznej *(*niewłaściwe skreślić)*

VIII. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na udzielenie w razie potrzeby pomocy przedmedycznej oraz wykonanie niezbędnych zabiegów ratujących zdrowie i życie dziecka *(*niewłaściwe skreślić)*

IX. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przesiewowe badania wymowy przez logopedę szkolnego *(*niewłaściwe skreślić)*

X. OCZEKIWANIA RODZICÓW WOBEC SZKOŁY:

.....
.....

XI. ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE ZAINTERESOWANIA, W KTÓRYCH CHCIAŁOBY DZIECKO UCZESTNICZYĆ:

.....
.....

XII. OŚWIADCZENIE RODZICÓW NA WYRAŻANIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA PRZEZ HIGIENISTKĘ SZKOLNĄ:

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez higienistkę szkolną. *(*niewłaściwe skreślić)*

Wyrażam bezterminową zgodę na umieszczanie zdjęć zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowany podczas zajęć i uroczystości szkolnych zorganizowanych przez w Mochach oraz prac wykonanych przez nie podczas uczestnictwa w zajęciach edukacyjno-wychowawczych na stronie internetowej szkoły oraz w celu informacji i promocji szkoły (zgodnie z Ustawą z dnia 4 lutego o prawie autorskim i prawach pokrewnych Dz. U. z 1994r. nr 24 poz.83 ze zmianami).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że zgody te w każdej chwili mogę cofnąć w dowolnej formie pisemnej, wówczas dane zostaną usunięte w terminie do 30 dni.

.....

Podpis rodziców/ opiekunów prawnych

.....

data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie