

KARTA EWIDENCJI SZKOLNEJ

Prosimy o dokładne wypełnienie

Imię i nazwisko dziecka
Termin turnusu
Data i miejsce urodzenia
Pesel
Adres zamieszkania dziecka
Imiona i nazwiska rodziców
Adres zamieszkania rodziców/op. prawnych (wypełnić, gdy jest inny niż adres dziecka)
Adres szkoły macierzystej
Klasa
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? (jeśli tak, proszę dołączyć)
Inne orzeczenie i opinie (o kształceniu specjalnym)
Czy dziecko ma uczęszczać do kościoła katolickiego na mszę św.?

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 24.08.2017 w sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuńczo - wychowawczych w przedszkolach i szkołach specjalnych, zorganizowanych w podmiotach leczniczych i jednostkach pomocy społecznej.

Rozporządzenie MEN z dnia 14.08.2018 zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych dziedzinowych gromadzonych w systemie Informacji i oświatowej oraz terminów przekazywania niektórych danych do bazy danych systemu informacji oświatowej (Dz.U. z 2018r. poz. 1630)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1) Wyrażam zgodę na bezterminowe wykorzystanie i rejestrowanie wizerunku mojego dziecka podczas zajęć, konkursów i imprez organizowanych przez naszą szkołę. | TAK/NIE* |
| 2) Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej szkoły. | TAK / NIE* |
| 3) Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na portalu społecznościowym Facebook. | TAK / NIE* |
| 4) Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w kronice szkolnej i na tablicach ściennych. | TAK / NIE* |
| 5) Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w konkursach, programach dla szkół i projektach. | TAK / NIE* |
| 6) Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w religii katolickiej. | TAK / NIE* |

* Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź

Wyrażam zgodę na objęcie ucznia Pomocą Psychologiczno - Pedagogiczną na podstawie dostarczonych przeze mnie orzeczeń i opinii.

TAK/NIE

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że w szkole szpitalnej nie są realizowane przedmioty: doradztwo zawodowe, wychowanie do życia w rodzinie oraz edukacja dla bezpieczeństwa.

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE NUMERU TELEFONU/ADRESU E-MAIL

Numer telefonu rodziców/opiekunów prawnych

.....
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie oraz udostępniam dane kontaktowe, w celu utrzymania kontaktu telefonicznego/sms.

Adres e-mail rodziców/opiekunów prawnych

.....
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie oraz udostępniam dane kontaktowe, w celu utrzymania kontaktu mailowego.

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)

KLAUZURA INFORMACYJNA

Zgodnie z art.24 ust.1 ustawy z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2016r.poz 922) po 25.05.2018r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego Rady (UE)20161679 z dnia 27.04. 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95146/WE.informujemy:

1. Administratorem Danych Osobowych jest szkoła szpitalna wchodząca w skład Zespołu Szkół Specjalnych w Skoczowie, ul. Mickiewicz 12.
2. Inspektorem ds. Ochrony Danych jest Grzegorz Piguła (kontakt e-mail: grzegorzpigula@interia.pl)
3. Dane Osobowe przetwarzane będą zgodnie z udzieloną przez Państwa zgodą na podstawie art.6 1 lit. a RODO.
4. Dane osobowe Pani/Pana dziecka przetwarzane będą w celu umieszczenia w dokumentacji szkolnej i nie będą przekazywane innym odbiorcom.
5. Posiada Pani/Pana prawo do żądania dostępu do danych osobowych oraz ich poprawiania.
6. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
7. Podanie danych jest dobrowolne.
8. Administrator Danych Osobowych nie podejmuje w sposób zautomatyzowany decyzji oraz nie profiluje danych osobowych.

.....
data i podpis rodzica (opiekuna prawnego)