KARTA POTWIERDZENIA KONTYNUACJI

Pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia w formularzu.

Potwierdzam wolę kontynuacji uczęszczania mojego dziecka do jednostki:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa jednostki\* | Nazwa grupy\* |
|  |  |

Dziecko będzie uczęszczało do jednostki od godziny: ………….. do godziny …………..

**DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA**

|  |  |
| --- | --- |
| Imiona:\* | Nazwisko:\* |
| PESEL\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia\* | dzień | miesiąc | rok |
| W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj, serię oraz numer innego dokumentutożsamości: |

**DANE ADRESOWE KANDYDATA**

|  |
| --- |
| Adres zamieszkania |
| Województwo |  | Ulica |  |
| Powiat |  | Nr budynku |  | Nr lokalu |  |
| Gmina |  | Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  | Poczta |  |
| Dane kontaktowe |
| Telefon |  | Adres e-mail |  |

**DANE RODZICÓW**

(W przypadku, gdy ustanowiono opiekę prawną nad dzieckiem, należy podać dane opiekunów prawnych)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Matka/opiekunka prawna | Ojciec/opiekun prawny |
| Stopień pokrewieństwa |  |  |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Telefon |  |  |
| Adres e-mail |  |  |

Proszę wypełnić obie kolumny, gdy adresy zamieszkania rodziców są różne.

|  |
| --- |
| Adresy zamieszkania rodziców |
| Kraj | Polska | Polska |
| Województwo |  |  |
| Powiat |  |  |
| Gmina |  |  |
| Miejscowość |  |  |
| Ulica |  |  |
| Nr budynku |  |  |
| Nr lokalu |  |  |
| Kod pocztowy |  |  |
| Poczta |  |  |

Data ............................... ……………………………….. ………………………………………

 *podpis matki/opiekuna podpis ojca / opiekunów /*

*Informacja o przetwarzaniu danych osobowych wg RODO:*

 Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U z 2018r poz. 1000 informujemy Pan/ Panią, że :

|  |
| --- |
| Administratorem danych osobowych podanych w niniejszej deklaracji jest **Zespół Szkolno-Przedszkolny w Ładach, Dawidy Bajkowe, ul. Długa 49, 05-090 Raszyn.** Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych pana Roberta Kozłowskiego, z którym można kontaktować się pod numerem tel. 604-362-559 lub e-mail: iod@cdkp.pl oraz tradycyjnie pisząc na adres siedziby Administratora. Dane przetwarzane będą wyłącznie dla celu ujętego w deklaracji w oparciu o art.6 ust.1 lit. c RODO. Dane osobowe Pana/Pani i dziecka nie będą udostępniane innym odbiorcom, poza uprawnionymi instytucjami na podstawie obowiązujących przepisów prawa.. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania. Obowiązek podania danych wynika z przepisów art. 153 pkt. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz.U.2019r. poz. 1148). Dane nie będą podlegały automatyzacji decyzji i profilowaniu z wykorzystaniem systemów informatycznych, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO, a ich okres archiwizacji nie przekroczy 12 miesięcy od czasu złożenia dokumentu w placówce. Informujemy również, że mają Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy występują przesłanki niezgodnego przetwarzania waszych danych osobowych z obowiązującymi przepisami. Więcej informacji na temat naszej Polityki Ochrony Danych Osobowych i bezpieczeństwa prywatności znajduje się na naszej stronie WWW w zakładce RODO , którą publikujemy pod adresem: https://bajkowe-przedszkole.edupage.org/a/rodo |

Oświadczam, że się zapoznałem z powyższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych moich i mojego dziecka.

Data ............................... ……………………………….. ………………………………………

 *podpis matki/opiekuna podpis ojca / opiekunów /*