***Niepubliczna Szkoła Podstawowa w Radomiu  
ul. Wierzbicka 55***

[***www.radom.zdz.kielce.pl***](http://www.radom.zdz.kielce.pl)***; tel: 603912116***

***Podanie o przyjęcie do szkoły***

Proszę o przyjęcie mojego dziecka………………………………………………………………………………..

(imiona i nazwisko ucznia)

.....................................................................................................................................................................................

na rok szkolny............................ / ................................ do klasy ..........................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane o uczniu** | | | | | |
| Nazwisko | |  | | | |
| Pierwsze imię | |  | | | |
| Drugie imię | |  | | | |
| Data urodzenia | | dzień miesiąc rok | | | |
| Miejsce urodzenia | miejscowość |  | | | |
| województwo |  | | | |
| PESEL | |  | | | |
| Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna | |  | | | |
| Imię i nazwisko ojca/ prawnego opiekuna | |  | | | |
| Dokładny adres zamieszkania dziecka | |  | | | |
|  | | | |
| Dokładny adres zameldowania dziecka (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) | |  | | Liczba dzieci  w rodzinie |  |
| Adres zamieszkania matki/prawnego opiekuna (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania dziecka) | |  | | | |
| Adres zamieszkania ojca/prawnego opiekuna (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania dziecka) | |  | | | |
| Zawód ojca/prawnego opiekuna Miejsce pracy ojca/prawnego opiekuna | |  | | | |
|  | | | |
| Numer telefonu komórkowego ojca/prawnego opiekuna | |  | | | |
| Zawód matki/prawnego opiekuna Miejsce pracy matki/prawnego opiekuna | |  | | | |
|  | | | |
| Numer telefonu komórkowego matki/prawnego opiekuna | |  | | | |
| Rejon szkolny  nazwa i adres szkoły podstawowej rejonowej | |  | | | |
| Adres poczty elektronicznej  rodziców/  prawnych opiekunów | | ojca |  | | |
| matki |  | | |
| Języki obce: | | Język............................. (kontynuacja TAK\* NIE\*)  Język............................. (kontynuacja TAK\* NIE\*)  Język............................. (kontynuacja TAK\* NIE\*) | | | |
| Jakie zajęcia dodatkowe wybraliby Państwo dla swojego syna/swojej córki | | 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

Informacja rodziców/prawnych opiekunów o stanie zdrowia dziecka ………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….

Informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz dziecka jest Zakład Doskonalenia Zawodowego   
   w Kielcach z siedzibą przy ul. Paderewskiego 55, 25-950 Kielce, Biuro Zakładu, ul. Śląska 9, 25-328 Kielce,
2. podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do celów rekrutacji i realizacji usług dydaktycznych oraz w celach rozliczeniowych,
3. dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w związku z rekrutacją i realizacją usług dydaktycznych oraz w celach rozliczeniowych,
4. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.

………………..… dn. ……………… ………………………………………..

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na przetwarzanie danych osobowych wizerunkowych mojego dziecka do celów budowania pozytywnego wizerunku Administratora Danych Osobowych w przestrzeni publicznej i w mediach.

………………..… dn. ……………… ………………………………………..

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Wyrażam zgodę\*/nie wyrażam zgody\* na wykorzystanie moich danych osobowych do celów marketingowych oraz przesyłanie informacji handlowych przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną).

………………..… dn. ……………… ………………………………………..

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

**\* niepotrzebne skreślić**

|  |
| --- |
| Wpisano do księgi ucznia dnia…………….……….  Nr w księdze ucznia…………………………..…….  Podpis osoby upoważnionej………………………… |

|  |
| --- |
| **Potwierdzam odbiór dokumentów**  **..........................................................................................**  **(miejscowość, data, podpis rodzica/prawnego opiekuna)** |