……..……………………………. .

(data złożenia, pieczęć placówki- Bełżyce, dn……………...………..

wypełnia szkoła)

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej Nr 2 im. Królowej Jadwigi**

**w Bełżycach**

**WNIOSEK**

**O PRZYJĘCIE DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

**NA ROK SZKOLNY 2024/2025**

**Formularz należy złożyć w Sekretariacie Szkoły do dnia 1 marca 2024 r.**

Proszę o przyjęcie dziecka do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej nr 2 w Bełżycach

1. **DANE DZIECKA**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PESEL[[1]](#footnote-2) |  | |
| Nazwisko |  | |
| Imię/imiona | *pierwsze* | *drugie* |
| Data urodzenia |  | |
| Miejsce urodzenia |  | |

Adres zamieszkania:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy | |  | | |
| Ulica |  | Nr domu |  | | Nr lokalu |  |
| Gmina |  | Powiat |  | | | |
| Województwo |  | | | | | |

**Szkołą obwodową dla dziecka jest: - wypełniają rodzice dzieci 6-letnich**

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

(nazwa i siedziba szkoły)

**Dodatkowe informacje o dziecku** (właściwe prosimy zaznaczyć znakiem x):

* choroby przewlekłe potwierdzone zaświadczeniem lekarskim, alergie pokarmowe, kontaktowe ……………………………………………………………………………………………………
* posiada orzeczenie/opinię z poradni psychologiczno-pedagogicznej lub innej poradni specjalistycznej – czego dotyczy………………………………………………………………...

**DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Matka/opiekun prawny | Ojciec/opiekun prawny |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Adres zamieszkania | | |
| Kod pocztowy |  |  |
| Miejscowość |  |  |
| Ulica |  |  |
| Nr domu |  |  |
| Nr mieszkania |  |  |
| Numer telefonu |  |  |
| e-mail |  |  |

1. **SPEŁNIENIE KRYTERIÓW REKRUTACJI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | Proszę wpisać **TAK** lub **NIE** | Ilość punktów  **(wypełnia szkoła)** |
| **I etap rekrutacji** |
| Wielodzietność rodziny kandydata (minimum 3 dzieci w wieku do 18 lat) |  |  |
| Niepełnosprawność kandydata |  |  |
| Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata |  |  |
| Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata |  |  |
| Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata |  |  |
| Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie |  |  |
| Objęcie kandydata pieczą zastępczą |  |  |
| **RAZEM:** | |  |
| **II etap rekrutacji** | Proszę wpisać **TAK** lub **NIE** | Ilość punktów  **(wypełnia szkoła)** |
| Realizacja przez rodzeństwo kandydata wychowania w przedszkolu/szkole, do którego o przyjęcie wnioskuje kandydat |  |  |
| Praca zawodowa lub nauka rodziców w trybie dziennym:   * Oboje rodziców * Jedno z rodziców |  |  |
| Liczba godzin dziennego pobytu kandydata w przedszkolu |  |  |
| **RAZEM:** | |  |

1. **GODZINY POBYTU DZIECKA W PRZEDSZKOLU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Realizacja bezpłatnej podstawy programowej wychowania przedszkolnego odbywa się w godzinach **8.00 – 13.00:**   1. 6.00 – 17.00 2. 6.00 – 16.00 3. 6.00 – 15.00 4. 6.00 – 14.00 5. 6.00 – 13.00 6. 7.00 – 17.00 7. 7.00 – 16.00 8. 7.00 – 15.00 9. 7.00 – 14.00 10. 7.00 – 13.00 11. 8.00 – 17.00 12. 8.00 – 16.00 13. 8.00 – 15.00 14. 8.00 – 14.00 15. **8.00 – 13.00 (bezpłatna podstawa programowa)** | **Proszę wpisać wybrany wariant godzinowy** |
| **Religia wpisać TAK lub NIE** |  |

Wniosek o przyjęcie mojego dziecka do Oddziału Przedszkolnego lub przedszkola złożyłam/em również w przedszkolach:

1. ……………………………………………………………
2. ……………………………….............................................

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych danych.

…………………………………………..

Podpis matki (prawnej opiekunki)

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

Miejscowość, data Podpis ojca (prawnego opiekuna)

**Upoważnienie rodziców do odbioru dziecka z przedszkola przez inne osoby**

Ja ……………………………………..….. niżej podpisany upoważniam do odbioru mojego dziecka z oddziału

(imię i nazwisko rodzica)

przedszkolnego przez następujące osoby:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Imię i nazwisko osoby upoważnionej, stopień pokrewieństwa** | **Telefon kontaktowy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

Podpis matki (prawnej opiekunki) Podpis ojca (prawnego opiekuna)

**Informacja o ochronie danych osobowych**

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 informujemy, że:

1.**Administratorem** Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka jest Szkoła Podstawowa Nr 2 im. Królowej Jadwigi

z siedzibą w Bełżycach ul. Tadeusza Kościuszki 148, tel. 81 517-23-12, adres e-mail: zs2belzyce@wp.pl

2.**Inspektorem** Ochrony Danych jest Robert Gostkowski, adres e-mail iodo@belzyce.pl, adres do korespondencji: Szkoła Podstawowa Nr 2 im. Królowej Jadwigi, ul. Tadeusza Kościuszki 148, 24-200 Bełżyce**.**

Dane osobowe dotyczące dzieci i ich rodziców zbierane są w celu realizacji procesu rekrutacji dziecka do przedszkola. Rodzicom przysługuje prawo wglądu do zbieranych danych oraz uzupełniania, uaktualniania czy sprostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Dane pozyskane we **Wniosku o przyjęcie dziecka do Oddziału Przedszkolnego** są zbierane, przechowywane i przetwarzane zgodnie z przepisami prawa oraz Rejestrem Czynności Przetwarzania obowiązującym w Szkole Podstawowej nr 2 w Bełżycach.

**Zgoda rodzica na przetwarzanie danych osobowych**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją dotyczącą zbierania i przetwarzania danych osobowych moich i członków mojej rodziny oraz

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (innych niż wymagane przepisami prawa) do umożliwienia kontaktów z rodzicami w celach innych niż dydaktyczne, wychowawcze i opiekuńcze.

przez Administratora: Szkołę Podstawową nr 2 im. Królowej Jadwigi w Bełżycach, ul. Tadeusza Kościuszki 148.

2. Podaję moje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści moich danych osobowych

i prawie ich sprostowania.

.………………………………………….

Podpis matki (prawnej opiekunki) ..……..…………………………………. Podpis ojca (prawnego opiekuna)

**Zgoda rodzica na przetwarzanie wizerunku**

Wyrażam zgodę na nieodpłatne oraz nieograniczone ilościowo i czasowo używanie, wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku oraz wizerunku mojego dziecka utrwalonego jakąkolwiek techniką, w tym w postaci fotografii i dokumentacji filmowej przez Administratora: Szkołę Podstawową nr 2 im. Królowej Jadwigi w Bełżycach, ul. Tadeusza Kościuszki 148 w celu realizacji celów statutowych i działalności informacyjnej Szkoły prowadzonej za pośrednictwem:

* strony internetowej Szkoły: www.sp2belzyce.edu.pl
* Facebooka szkoły
* materiałów promocyjnych i informacyjnych wydawanych przez Organ Prowadzący tj. Urząd Miejski w Bełżycach.

Mój wizerunek / wizerunek mojego dziecka nie może być użyty w formie lub publikacji dla mnie obraźliwej lub naruszać w inny sposób moich dóbr osobistych / dóbr osobistych mojego dziecka.

Oświadczenie jest prawomocne z chwilą przyjęcia dziecka do szkoły.

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

Podpis matki (prawnej opiekunki)

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

Podpis ojca (prawnego opiekuna)

1. w przypadku braku numeru PESEL proszę wpisać serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość [↑](#footnote-ref-2)