|  |
| --- |
| ***DANE DZIECKA*** |
| *Imię (imiona) i nazwisko dziecka:* |
| *Data (dd-mm-rrrr) i miejsce urodzenia:* |
| *Pesel:* |
| *Rok szkolny:* | *Klasa:* |
| *Obowiązkowy drugi język obcy (od klasy 7):* |
| ***ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA*** |
| *Ulica z numerem:*  |
| *Kod pocztowy:* | *Miejscowość:* |
| *Powiat:* | *Gmina:* |
| ***DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH*** |
| *Imię (imiona) i nazwisko matki:* |  |
| *Adres zamieszkania:* |  |
| *Telefon kontaktowy:* | *Adres e-mail:* |
| *Imię (imiona) i nazwisko ojca:* |  |
| *Adres zamieszkania:* |  |
| *Telefon kontaktowy:* | *Adres e-mail:* |
| ***DANE SZKOŁY REJONOWEJ*** |
| *Nazwa* |  |
| *Adres* |  |
| *Numer tel., e-mail* |  |
| ***DANE SZKOŁY DO KTÓREJ DZIECKO JEST ZAPISANE OBECNIE*** |
| *Nazwa* |  |
| *Adres* |  |
| *Numer tel., e-mail* |  |
| ***ZAŁĄCZNIKI*** |
| *Orzeczenie:* | *o niepełnosprawności* | *TAK / NIE* |
| *o potrzebie kształcenia specjalnego* | *TAK / NIE* |
| *Opinia PPP**w sprawie:* | *zwolnienia ucznia z nauki drugiego języka obcego* | *TAK / NIE* |
| *specyficznych trudnościach w uczeniu się (dysleksji/dyskalkulii)* | *TAK / NIE* |
| *dostosowania wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia* | *TAK / NIE* |
| *udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki* | *TAK / NIE* |
| *Inna opinia:* |  |

□ *Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Fundację Pomoc Rodzinie z siedzibą
w Łomiankach (05-092) ul. K. K. Baczyńskiego 9 i placówki oświatowe przez nią prowadzone dla celów związanych z procesem przyjęcia dziecka do Kolegium Świętej Rodziny (RODO art. 6 ust. 1 pkt. a, b, c, f).*

*□ Wyrażamy zgodę na przekazywanie informacji dotyczących naszego dziecka drogą mailową lub telefoniczną na podane we wniosku numery telefonów i adresy poczty elektronicznej przez Kolegium Świętej Rodziny (RODO art. 6 ust. 1 pkt. a).*

*□ Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze statutem szkoły i podpisując niniejszy wniosek akceptujemy jego postanowienia.*

*□ Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i podpisując niniejszy wniosek wyrażam zgodną wolę obojga rodziców.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*podpisy rodziców / opiekunów prawnych miejscowość i data*

*Kolegium Św. Rodziny z siedzibą w Łomiankach (05-092) przy ul. K. K. Baczyńskiego 9, dla którego organem prowadzącym jest Fundacja Pomoc Rodzinie (adres j. w.), jako administrator danych osobowych, informujemy, że klauzula informacyjna dostępna jest na naszej stronie www.ksr.edu.pl w zakładce kontakt, 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*