

**Wniosek o przyjęcie dziecka do Szkolnego Punktu Konsultacyjnego im. W. Micuty
przy Stałym Przedstawicielstwie RP przy Biurze NZ w Genewie**

....., dnia

Dane rodzica:

imię i nazwisko:

nr i seria dok. tożsamości:

adres zamieszkania (za granicą):

.....

Kierownik
Szkolnego Punktu Konsultacyjnego

Kinga Zwalińska

.....

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojej/mojego* córki/syna*
..... do klasy Szkoły Podstawowej/Gimnazjum/Liceum
Ogólnokształcącego* w Szkolnym Punkcie Konsultacyjnym im. W. Micuty przy Stałym
Przedstawicielstwie RP przy Biurze NZ w Genewie w roku szkolnym 2018/2019

.....
(podpis rodzica)

*niepotrzebne skreślić

**Kwestionariusz zgłoszeniowy ucznia do Szkolnego Punktu Konsultacyjnego
 im. W. Micuty przy Stałym Przedstawicielstwie RP przy Biurze NZ w Genewie**

Wypełnia rodzic

Dane osobowe dziecka			
Imię (imiona) i nazwisko			
Narodowość *	1) polska 2) inna (proszę wpisać, jaka).....		
Data i miejsce urodzenia			
PESEL/ seria i numer paszportu dziecka			
Pełna nazwa i adres szkoły, w której uczeń spełnia obowiązek szkolny/obowiązek nauki			
Klasa szkoły lokalnej, do której uczęszcza dziecko			
Adres zamieszkania dziecka w Polsce			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Województwo	
Adres zamieszkania dziecka w kraju pobytu			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Region			

Dane rodzica dziecka			
Imię i nazwisko rodzica - MATKI			
Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż dziecka)			
Telefon kontaktowy (stacjonarny i komórkowy)		e-mail	
Imię i nazwisko rodzica - OJCA			
Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż dziecka)			
Telefon kontaktowy (stacjonarny i komórkowy)		e-mail	
Adres e- mail do kontaktu z nauczycielem			
e-mail			
Dane kontaktowe, które mogą być udostępnione innym rodzicom			
Imię rodzica		Telefon kontaktowy	
		e-mail	

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w kwestionariuszu są prawdziwe.

Miejscowość		Podpis Matki	
Data		Podpis Ojca	

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

<p>1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka do celów szkolnych (podstawa prawna: ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.)</p>			
Miejscowość		Podpis Matki	
Data		Podpis Ojca	

<p>2. W razie wypadku lub nagłej potrzeby rodzice zostaną natychmiast powiadomieni przez SPK. W takim przypadku zobowiązuję się do przybycia do SPK w możliwie najszybszym czasie.</p>			
<p>W razie nieszczęśliwego wypadku mojego dziecka proszę:</p>			
Poinformować mnie pod numer telefonu			
<p>Oświadczam, iż moje dziecko jest objęte ubezpieczeniem od nieszczęśliwych wypadków.</p>			
Ubezpieczyciel			
Miejscowość		Podpis Matki	
Data		Podpis Ojca	

<p>3. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na publikację wizerunku oraz imienia i nazwiska mojego dziecka na stronie internetowej SPK, w materiałach prasowych oraz wszelkich publikacjach SPK w trakcie nauki dziecka w SPK. (podstawa prawna: art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych; art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach powszechnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631 z późn. zm.).</p>			
Miejscowość		Podpis Matki	
Data		Podpis Ojca	

**Oświadczenie rodzica o spełnianiu przez dziecko
obowiązku szkolnego/obowiązku nauki**

....., dnia

Dane rodzica:

imię i nazwisko:

nr i seria dok. tożsamości:

adres zamieszkania (za granicą):
.....

Kierownik
Szkolnego Punktu Konsultacyjnego

Kinga Zwalińska
.....

Oświadczam, że moje dziecko (imię i nazwisko dziecka),
spełnia obowiązek szkolny /obowiązek nauki* w

.....

.....(pełna nazwa i adres szkoły).

[Oświadczenie składa się raz podczas przyjęcia dziecka do szkoły.]

.....
(podpis rodzica)

Oświadczenie o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej

Pan/ Pani

Zamieszkały (ła)

.....

Ojciec Matka Prawny opiekun

dziecka uczęszczającego do SPK im. W. Micuty przy Stałym Przedstawicielstwie RP przy Biurze NZ w Genewie.

Zaświadczam, że mój syn / moja córka *

jest objęty (a) ubezpieczeniem o odpowiedzialności cywilnej nr

które obejmuje zajęcia dodatkowe (pozaszkolne).

Dane ubezpieczyciela			
Nazwa ubezpieczyciela			
Adres ubezpieczyciela			
Numer telefonu			
Kopię ubezpieczenia dostarczę do SPK im. W. Micuty nie później niż 15 września br.			
Niniejszym potwierdzam prawdziwość danych zawartych w oświadczeniu oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb Szkolnego Punktu Konsultacyjnego im. Wacława Micuty w Genewie i Ośrodka Rozwoju Edukacji Polskiej za Granicą z siedzibą w Warszawie, a w razie konieczności udostępniania ich innym organom zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami).			
Miejscowość		Podpis Matki	
Data		Podpis Ojca	

*niepotrzebne skreślić