Zespół Kształcenia i Wychowania w Koczale
ul. Szkolna 16, 77-220 Koczała tel/fax 59 857 42 75, e-mail: zkiwkoczala@szkola-koczala.pl

ZGŁOSZENIE KANDYDATA DO SZKOŁY PODSTAWOWEJ im. Żołnierzy I Armii Wojska Polskiego w Koczale

do klasy _____w roku szkolnym 2020/2021

DANE OSOBOWE DZIECKA											
PESEL *											
Seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość *(wypełnić wyłącznie w przypadku braku nr PESEL)*											
Imię/Imiona*						***Nazwisko****					
Data urodzenia*						***Miejsce urodzenia*****					

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA			
Województwo*		***Powiat ****	
Gmina*		***Miejscowość****	
Ulica*		***Nr domu / Nr mieszkania****	
Kod pocztowy*			
ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA ***			
Województwo		***Powiat***	
Gmina		***Miejscowość***	
Ulica		***Nr domu / Nr mieszkania***	
Kod pocztowy			

DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU ***		
Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną *(właściwe zakreślić)*	TAK	NIE
Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności *(właściwe zakreślić)*	TAK	NIE

DANE OSOBOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 1			
Imię/Imiona*		***Nazwisko****	
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 1			
Województwo*		***Powiat ****	
Gmina*		***Miejscowość****	
Ulica*		***Nr domu / Nr mieszkania****	
Kod pocztowy*			
DANE KONTAKTOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 1			
Telefon domowy / komórkowy **			
Adres e-mail **			

DANE OSOBOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 2			
Imię/Imiona*		***Nazwisko****	
ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 2			
Województwo*		***Powiat ****	
Gmina*		***Miejscowość****	
Ulica*		***Nr domu / Nr mieszkania****	
Kod pocztowy*			
DANE KONTAKTOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA 2			
Telefon domowy / komórkowy **			
Adres e-mail **			

**** Oznaczone pola wymagane***
***** Oznaczone pole wymagane w przypadku posiadania, jak wyżej***
****** Oznaczone pola nieobowiązkowe***

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TREŚCI WNIOSKU

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane, w tym miejsce zamieszkania kandydata i jego rodziców, są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…….. ……..
(data, podpis rodzica 1) (data, podpis rodzica 2)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Zespół Kształcenia i Wychowania w Koczale (dalej „ZKiW") z siedzibą w Koczale ul. Szkolna 16, 77 – 220 Koczała, jako administrator danych osobowych, informuje iż:

- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne dla potrzeb realizacji obowiązku szkolnego,
- posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści danych swoich i swojego dziecka oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- podane dane mogą być udostępniane przez ZKiW podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa,
- podane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody (art. 6 ust. 1 pkt a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych,
- z administratorem danych można się kontaktować telefonicznie (59) 857 42 75, e-mailowo iod_zkiwkoczala@op.pl, lub kierując korespondencję na adres siedziby ZKiW,
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezgodne z prawem.

…….. ……..
(data, podpis rodzica 1) (data, podpis rodzica 2)