………………………..………………

*/miejscowość, data/*

……………………….……….…………………

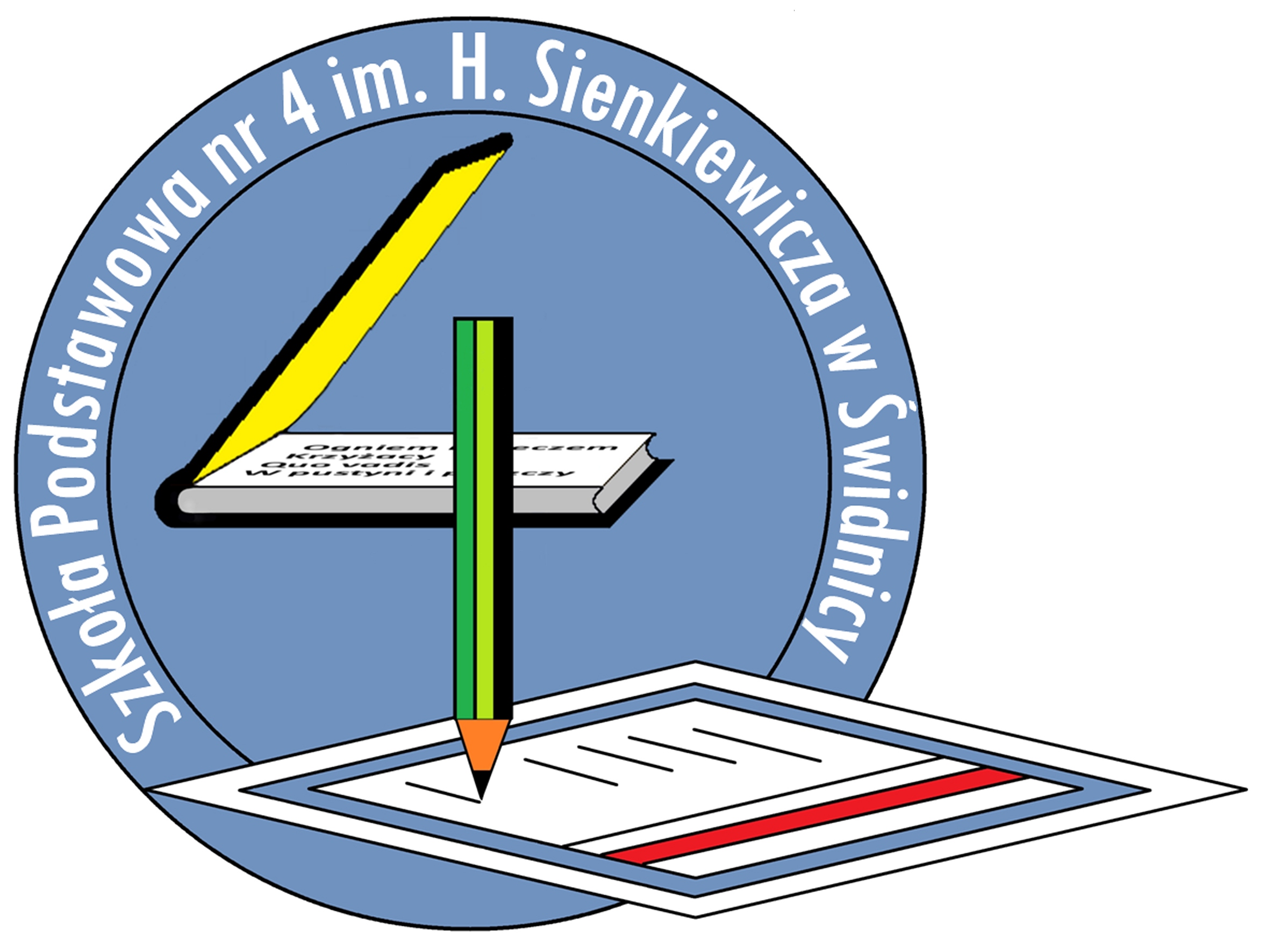
*/ imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna/*

…………………………………………………..

*/adres zamieszkania/*

………………………………….……………….

*/telefon kontaktowy/*



**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej nr 4 im. H. Sienkiewicza**

**w Świdnicy**

**Wniosek o przyjęcie dziecka do klasy IV o profilu pływackim**

Proszę o przyjęcie syna/córki do klasy IV sportowej w roku szkolnym 2019/2020.

* **Dane osobowe dziecka**:

Nazwisko i imiona ……………………………………………………………….……………………………...

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………….……………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zameldowania……………………………………………….……………………………………………

Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż adres zameldowania) ………………………………………………….

* **Dane dotyczące rodziców / opiekunów prawnych dziecka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imiona i nazwiska rodziców kandydata oraz miejsce ich zamieszkania | Matki |  | |
| adres |  | |
| Ojca |  | |
| adres |  | |
| numery telefonów rodziców kandydata i adresy poczty elektronicznej - o ile je posiadają | Matki | Telefon do kontaktu |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |
| Ojca | Telefon do kontaktu |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 (*4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)*

**informuję, że**:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 4 w Świdnicy, tel. 748522366, email: sekretariat@sp4swidnica.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem tel. nr 609 010402 lub adresem email : krzysztof.olejniczak@comars.pl
3. Dane osobowe przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, cogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 59, z póź. zmianami) oraz Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 2198) w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w placówce..
4. Pana/Pani/ ucznia dane osobowe przechowywane będą przez okresy zakreślone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
5. Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.
8. W pozostałym zakresie tj. tel. kontaktowy i adres poczty elektronicznej jest dobrowolne i służy do umożliwienia kontaktu.

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam/oświadczamy, że dane podane w karcie zapisu dziecka do szkoły są zgodne ze stanem faktycznym. **Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**. Wyrażam/wyrażamy zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych zawartych w tej karcie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji.

………………………………………..

*/podpis rodzica/prawnego opiekuna/*

W załączeniu:

- akt urodzenia dziecka – jeżeli nie jest uczniem SP4 ( do wglądu )

**Oświadczenia**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem klasy sportowej ( pływackiej ) Szkoły Podstawowej nr 4 w Świdnicy.

…………………………………………….……………………

(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Oświadczam, że moje dziecko będzie poddawane okresowym badaniom lekarskim (które przeprowadza się co 6 miesięcy). Badanie przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej lub lekarz posiadający certyfikat ukończenia kursu uprawniającego do specjalizacji w zakresie medycyny sportowej. Skierowanie na badania wstępne wydaje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

………………………………………………………………

*(podpis rodziców/prawnych opiekunów)*

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w treningach, zawodach i obozach sportowych. Przyjmuję do wiadomości, że uczeń niekwalifikujący się do dalszego szkolenia na podstawie opinii trenera i zaświadczenia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej lub innego uprawnionego lekarza, zostanie przeniesiony od nowego roku szkolnego lub nowego semestru do oddziału ogólnego ( zgodnie z regulaminem klasy sportowej w SP 4 Świdnica) .

***Zobowiązuję się do dnia 1 września dostarczyć zaświadczenie od lekarza potwierdzające odpowiedni stan zdrowia umożliwiający naukę w klasie sportowej – pływackiej.***

…………………………………………………………………

*(podpis rodziców/prawnych opiekunów)*

**DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY**

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

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

Świdnica, dn. ……………………………………..………. ………………………………………..

*/pieczęć i podpis dyrektora szkoły/*