**KARTA ZAPISU DO ŚWIETLICY SZKOLNEJ**

ROK SZKOLNY 2024/25

|  |
| --- |
| **DANE DZIECKA** |
| KLASA |  |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| DATA URODZENIA |  |
| DODATKOWE INFORMACJE I UWAGI - ALERGIE, PRZYJMOWANE LEKI, ITP.(nieobowiązkowe) |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O RODZICACH/OPIEKUNACH:** |
| IMIĘ I NAZWISKO MATKI/OPIEKUNA |  |
| TEL. KONTAKTOWY |  |
| IMIĘ I NAZWISKO OJCA/OPIEKUNA |  |
| TEL. KONTAKTOWY |  |

**INFORMACJA O SPOSOBIE OPUSZCZANIA ŚWIETLICY PRZEZ DZIECKO:**

Dziecko może samodzielnie opuszczać świetlicę: NIE / TAK o godz................

(**nie dotyczy dzieci poniżej 7 roku życia**)

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami regulującymi funkcjonowanie świetlicy szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem czasu pracy świetlicy, tzn. od godz. 7:00 do 17:00.
2. Zobowiązuję się do pisemnego/elektronicznego powiadomienia wychowawców świetlicy szkolnej o każdorazowym odstępstwie od ustalonego sposobu odbierania dziecka zawartego w karcie zapisu np. ewentualność powrotu do domu bez opiekuna lub możliwość odebrania dziecka przez inne, niż wskazane osoby.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data) (czytelny podpis rodziców/opiekunów)

 (UZUPEŁNIA NAUCZYCIEL PO DOSTARCZNIU UPOWAŻNIEŃ)

|  |
| --- |
| OSOBY UPRAWNIONE DO ODBIORU DZIECKA: |
| IMIĘ I NAZWISKO | STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY WOBEC RODZICÓW/OPIEKUNÓW**

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 Państwa danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 174 im. Jana Machulskiego z siedzibą w Łodzi, ul. Gałczyńskiego 6.
2. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu:

✔ ewidencji elektronicznej

✔ ewidencji kół zainteresowań, zajęć dodatkowych

✔ możliwości kontaktu z rodzicami/opiekunami w kwestiach dotyczących ucznia

✔ prowadzenia i dokumentów świetlicy

✔ eksponowania wytworów uczniów zgodnie z prawem autorskim

1. Państwa dane osobowe przechowywane będą w okresie od 01.09.2024r do 31.08.2025r.
2. Posiadają Państwo prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
3. Rodzicom/opiekunom przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
4. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego, oraz jest warunkiem koniecznym do zapisu dziecka do świetlicy szkolnej.
5. Dokumentacja świetlicy zostanie archiwizowana zgodnie z JRWA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data) (czytelny podpis rodziców/opiekunów)

Zgodnie z art. 9 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 (...) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

**Informuję, że:**

Podanie danych wrażliwych, czyli dotyczących stanu zdrowia, przyjmowanych leków, alergii i innych dodatkowych informacji jest dobrowolne i ma na celu zapewnienie należytego bezpieczeństwa oraz komfortu ucznia podczas pobytu w świetlicy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data) (czytelny podpis rodziców/opiekunów)

**Dodatkowa nieobowiązkowa zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na upowszechnianie wizerunku ucznia w celach promocyjnych świetlicy:

|  |  |
| --- | --- |
| TAK |  |
| NIE |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data) (czytelny podpis rodziców/opiekunów)

Łódź, dnia…………………………….

**UPOWAŻNIENIE ODBIORU UCZNIA ZE ŚWIETLICY SZKOLNEJ**

Upoważniam, Panią/Pana …………………………………………………........................

 (imię i nazwisko osoby upoważnionej przez rodziców – prawnych opiekunów)

legitymującą(cego) się dowodem osobistym: seria …… numer ………..……………........

telefon kontaktowy (opcjonalnie/dobrowolnie) …………….……………….

do odbierania mojego dziecka: ........................................................................ z klasy ...........

 ( imię i nazwisko dziecka )

od dnia ........................... do dnia ........................... ze Szkoły Podstawowej nr 174 w Łodzi, biorącą całkowitą odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo mojego dziecka.

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

(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

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

(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Obowiązek informacyjny wobec osoby upoważnionej:**

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 174 im. Jana Machulskiego z siedzibą w Łodzi, ul. Gałczyńskiego 6.
2. Pani/Pana dane osobowe, w zakresie i czasie podanym przez rodziców/prawnych opiekunów ucznia, przetwarzane będą w celu identyfikacji Państwa przy odbieraniu ucznia ze świetlicy szkolnej w Szkole Podstawowej nr 174 w Łodzi, zgodnie z upoważnieniem podpisanym przez rodziców/prawnych opiekunów,
3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

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

(seria i numer dowodu osobistego osoby upoważnionej) (czytelny podpis osoby upoważnionej)