



Szkoła Podstawowa nr 3 im. Powstańców Wielkopolskich w Rogoźnie
ul. Seminarialna 16
64-610 Rogoźno
NIP 766-17-74-216 www.sp3.rogozno.pl
tel. fax 67 / 26 17 561
tel. 67 / 26 18 560
e-mail: sp3rogozno@wp.pl

DANE OSOBOWE DZIECKA I RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Nazwisko: Imiona:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:
(dzień, miesiąc, rok)

Województwo

Numer ewidencyjny PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zameldowania dziecka:

.....

Adres zamieszkania dziecka (jeżeli jest inny niż adres zameldowania):

.....

Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna*

Imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna*

*- niewłaściwe skreślić

Adres zamieszkania rodziców (prawnych opiekunów):

matka/prawny opiekun

ojciec/prawny opiekun

Telefony kontaktowe do rodziców/prawnych opiekunów i adres e-mail do dziennika elektronicznego

matka/prawny opiekun

e-mail :

ojciec/prawny opiekun

e-mail:

DEKLARACJA UCZESTNICTWA DZIECKA W ZAJĘCIACH RELIGII/ETYKI

My, niżej podpisani, deklarujemy uczestnictwo naszego dziecka, ucznia Szkoły Podstawowej nr 3 w Rogoźnie w zajęciach: tylko religii, tylko etyki lub religii i etyki* począwszy od roku szkolnego 20...../20.....

*- niewłaściwe skreślić

Rogoźno, dnia
(podpisy obojga rodziców/prawnych opiekunów)

ZGODA NA INDYWIDUALNĄ KONTROLĘ HIGIENY CIAŁA I ODZIEŻY

My, niżej podpisani, oświadczamy, że wyrażamy zgodę/nie wyrażamy zgody* na kontrolę higieny ciała i odzieży naszego dziecka,

.....
imię i nazwisko ucznia
prowadzoną cyklicznie, indywidualnie w gabinecie szkolnym przez pielęgniarkę w czasie trwania nauki w Szkole Podstawowej nr 3 w Rogoźnie.

*- niewłaściwe skreślić

Rogoźno, dnia
(podpisy obojga rodziców/prawnych opiekunów)

INFORMACJE DODATKOWE

Proszę zaznaczyć jeśli dziecko cierpi na :
alergie (proszę wpisać na co dziecko jest uczulone)

.....
wady serca
cukrzyca
inne (jakie)
.....

Rogoźno, dnia
(podpisy obojga rodziców/prawnych opiekunów)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja/my, niżej podpisani

I. Niniejszym wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka wraz z podaniem imienia i nazwiska dziecka
przez Szkołę Podstawowa nr 3 im. Powstańców Wielkopolskich w Rogoźnie dla celów promocyjnych i związanych z działalnością szkoły.

II. Niniejsza zgoda nie jest ograniczona ani czasowo, ani terytorialnie.

III. Niniejsza zgoda obejmuje wykorzystanie wizerunku mojego dziecka utrwalonego na zdjęciach fotograficznych oraz filmach w celu umieszczania go na:

- firmowych materiałach poligraficznych (np. foldery reklamowe),
- Internecie (na stronach www, na fanpage-u),

Wizerunek mojego dziecka może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji, bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne.

IV. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich zdjęć z udziałem mojego dziecka wykonanych na zlecenie oraz zdjęć pochodzących z prywatnego archiwum, przekazanych ADO.

V. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń, w tym również o wynagrodzenie (istniejących i przyszłych), z tytułu wykorzystywania wizerunku mojego dziecka na potrzeby jak w oświadczeniu.

VI. Uprzejmie informuję, że administratorem danych osobowych przekazanych za pośrednictwem niniejszego formularza jest Szkoła Podstawowa nr 3 im. Powstańców Wielkopolskich w Rogoźnie.

W sprawie ochrony danych osobowych można się zwrócić do Inspektora Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres iodo@iodopila.pl

Dane uzyskane za pośrednictwem niniejszego formularza będą przetwarzane (w zależności od kontekstu komunikatu) w celu opisanym w pkt. I formularza.

Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celu i na podstawie wskazanej wyżej. W przypadku wniesienia sprzeciwu ADO przestanie przetwarzać dane, chyba, że będzie w stanie wykazać, iż istnieją ważne, prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Pani/Pana interesów, praw i wolności lub dane będą niezbędne do ewentualnego ustalenia, roszczenia lub obrony roszczeń. Dane przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody będą przetwarzane do czasu, aż zgoda zostanie wycofana, lub do czasu jej zdezaktualizowania. Odbiorcami danych są podmioty współpracujące w realizacji celu.

Zgodnie z RODO, czyli 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 (Dz.Urz. UE z 2016 r. L 119) przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do swoich danych oraz otrzymania kopii danych; sprostowania (poprawienia) swoich danych; usunięcia, ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania; przenoszenia danych; wniesienia skargi do organu nadzorczego. Powyższe prawa można realizować za pośrednictwem Inspektora Ochrony Danych. Wyrażenie zgody na przetwarzanie wizerunku jest dobrowolne, lecz niezbędne do zrealizowania określonego w formularzu pkt. I celu. W każdym czasie przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych, co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Rogoźno,

1)

2)
(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

OŚRODEK MEDYCYNY SZKOLNEJ „ZDROWA
SZKÓŁKA”

**DANE UCZNIA
DLA POTRZEB MEDYCYNY
SZKOLNEJ**

UL. SEMINARIALNA 16, 64-810 KOGOŹNO

Regon: 639626667, NIP: 7661640007

GABINET PROFILAKTYKI, RPWDL: 000000016341

1. Nazwisko i imię dziecka

2. Adres zamieszkania dziecka

3. Data urodzenia dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. PESEL dziecka:

OŚWIADCZAM, że Ja

Zamieszkały:

Dane kontaktowe (telefon/y):

Jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem w/w małoletniego. Potwierdzam, że w/w dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna

OŚWIADCZAM, że wyrażam zgodę na wykonanie badań profilaktycznych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w podmiocie OŚRODEK MEDYCYNY SZKOLNEJ „ZDROWA SZKÓŁKA”.

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie danych osobowych moje i mojego dziecka/podopiecznego zgodnie z Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dla potrzeb niezbędnych realizacji umowy z NFZ (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze świadczeń publicznych). Zostałem również poinformowany o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania, wycofania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna

