

## KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA

na zajęcia opiekuńczo – wychowawcze w dniu/dniach .....  
w Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi Nr 9 przy ul. Kolberga 15 w Sopocie

### I. DANE OSOBOWE\*

Imię i nazwisko dziecka .....

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

1 .....

2 .....

### II. TELEFONY KONTAKTOWE\*

Telefon komórkowy matki (opiekuna prawnego) .....

Telefon komórkowy ojca (opiekuna prawnego) .....

### III. WAŻNE INFORMACJE O ZDROWIU DZIECKA (np. alergie pokarmowe)

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

### IV. UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA

Dziecko będzie odbierane ze świetlicy wyłącznie przez osoby upoważnione.

Upoważniam do odbioru mojego dziecka .....

ze Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 9 następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej

**Jednocześnie oświadczam, że przejmuję pełną odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo dziecka z chwilą opuszczenia przez nie szkoły pod nadzorem osoby upoważnionej.**

Sopot, dnia .....

.....  
*Podpis opiekuna prawnego*

V. OŚWIADCZENIE O SAMODZIELNYM POWROCIE DZIECKA, KTÓRE UKOŃCZYŁO 7 LAT

Wyrażam zgodę na samodzielne opuszczenie świetlicy Szkoły Podstawowej nr 9 w Sopocie w dniu/dniach ..... przez moje dziecko ..... o godzinie .....

**Jednocześnie oświadczam, że przejmuję pełną odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo dziecka z chwilą samodzielnego opuszczenia przez nie szkoły.**

Sopot, dnia .....  
.....  
*Podpis opiekuna prawnego*

VI. 1. Oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych ..... mojego ..... dziecka ..... przez Szkołę Podstawową z Oddziałami Integracyjnymi nr 9 w Sopocie w celu zapewnienia opieki mojemu dziecku w czasie przerwy majowej.

Sopot, dnia .....  
.....  
*(podpis opiekuna prawnego)*

2. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przekazanych do Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 9 w Sopocie - Administratora Danych Osobowych, ul. Oskara Kolberga 15, Sopot, w celu zapewnienia opieki mojemu dziecku w czasie przerwy majowej.

Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych pracownikom szkoły. Przekazuję swoje dane w sposób dobrowolny i zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania. Oświadczam, że są mi znane moje prawa określone w art. 32-35 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2014 poz. 1182, z późn. zm.)

Sopot, dnia .....  
.....  
*( podpis ojca/opiekuna prawnego)*

*\* Zgodnie z Art.24 Ustawy o ochronie danych osobowych informujemy, że Administratorem Danych osobowych jest Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 9 w Sopocie, ul. Oskara Kolberga 15, Sopot, do celów realizacji obowiązku szkolnego uczniów.*

*Dane przekazywane są dobrowolnie do Administratora Danych Osobowych i istnieje prawo dostępu do treści danych oraz*

*możliwość ich poprawiania.*