

# WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO ŚWIETLICY SZKOLNEJ

Szkoły Podstawowej nr 2 im. Armii Krajowej w Sierpcu

w roku szkolnym .....

Proszę o przyjęcie mojego dziecka .....

ucznia/uczennicy klasy .....

Czas przewidywanej obecności dziecka w świetlicy, w przedziale czasowym (od której godz. do której)

| czas pobytu    | poniedziałek | wtorek | środa | czwartek | piątek |
|----------------|--------------|--------|-------|----------|--------|
| przed lekcjami | .....        | .....  | ..... | .....    | .....  |
| po lekcjach    | .....        | .....  | ..... | .....    | .....  |

- W przypadku jakichkolwiek zmian w sposobie odbioru dziecka, informację w formie pisemnej przekażę wychowawcy świetlicy. Zobowiązuję się do punktualnego odbioru dziecka.

Czytelny podpis matki/opiekuna prawnego.....

Czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego.....

## Dane rodziców/opiekunów prawnych dziecka:

Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego .....

Adres zamieszkania..... . Numer telefonu .....

Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego .....

Adres zamieszkania ..... . Numer telefonu .....

- Przyjmuję do wiadomości, że przekazane informacje będą wykorzystywane zgodnie z treścią klauzuli informacyjnej RODO

Czytelny podpis matki/opiekuna prawnego.....

Czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego.....

## Upoważniam do odbioru mojego dziecka ze świetlicy szkolnej następujące osoby:

Imię i nazwisko .....

Stopień pokrewieństwa ..... numer telefonu .....

Imię i nazwisko .....

Stopień pokrewieństwa ..... numer telefonu .....

- Oświadczam, że wskazane wyżej osoby zapewniają mojemu dziecku pełne bezpieczeństwo. Jednocześnie zobowiązuję się do przekazania ww. upoważnionym treści klauzuli informacyjnej RODO.

Czytelny podpis matki/opiekuna prawnego.....

Czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego.....

## INFORMACJE O DZIECKU

Data i miejsce urodzenia ..... Nr. PESEL .....

Informacje dotyczące zainteresowań i zdolności dziecka, zbierane w celu dostosowania tematyki zajęć świetlicowych.....  
.....

Informacje o stanie zdrowia dziecka np. alergie, dolegliwości, choroby przewlekłe, inne .....  
.....  
.....

- Wyrażam zgodę na wykonywanie zabiegów medycznych ratujących zdrowie i życie mojego dziecka.

- Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku dziecka (fotografie, strona internetowa szkoły, media społecznościowe, gazetka ścienna, nagrania wideo, materiały promocyjne) wraz z opisaniem go imieniem i nazwiskiem, numerem klasy, nazwą szkoły.

- Przyjmuję do wiadomości, że przekazane informacje będą wykorzystane zgodnie z treścią klauzuli informacyjnej RODO.

Data ..... podpis matki/prawnej opiekunki dziecka .....

Data ..... podpis ojca/prawnego opiekuna dziecka .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na samodzielne opuszczanie świetlicy szkolnej przez moje dziecko i biorę za nie pełną odpowiedzialność po wyjściu ze świetlicy szkolnej.

|              | Godzina samodzielnego wyjścia |
|--------------|-------------------------------|
| poniedziałek |                               |
| wtorek       |                               |
| środa        |                               |
| czwartek     |                               |
| piątek       |                               |

Czytelny podpis matki/opiekuna prawnego.....

Czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego.....