

	Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Łazach
	<b>KARTA ZAPISU DZIECKA DO ŚWIETLICY SZKOLNEJ</b>
	rok szkolny 2019 / 2020

**DANE DZIECKA**

nazwisko		imiona	
klasa/oddział	sala	imię i nazwisko wychowawcy klasy	

**RODZICE (PRAWNI OPIEKUNOWIE / RODZICE ZASTĘPCZY)**

imię i nazwisko mamy	imię i nazwisko taty
telefon kontaktowy	telefon kontaktowy
adres mailowy	adres mailowy

**POBYT DZIECKA W ŚWIETLICY**

CODZIENNIE	przed lekcjami			DORAŻNIE, W SYTUACJACH LOSOWYCH		
	po lekcjach					
W WYBRANE DNI TYGODNIA	w poniedziałki	we wtorki	w środy	w czwartki	w piątki	
		przed lekcjami	przed lekcjami	przed lekcjami	przed lekcjami	przed lekcjami
		po lekcjach	po lekcjach	po lekcjach	po lekcjach	po lekcjach

Odrabianie przez dziecko lekcji w świetlicy	tak	nie
---	-----	-----

**INFORMACJE O DZIECKU**

<b>dotychczasowe informacje i uwagi dotyczące zdrowia i zachowania dziecka</b> <i>(np.: alergie, choroby, przyjmowane leki, orzeczenie z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej)</i>			
<b>Z jakiego rodzaju zajęć proponowanych przez świetlicę chciałoby korzystać Państwa dziecko?</b> <i>(diagnoza potrzeb)</i>			
<input type="checkbox"/> teatralne	<input type="checkbox"/> głośne czytanie	<input type="checkbox"/> taneczne	<input type="checkbox"/> językowe
<input type="checkbox"/> muzyczne	<input type="checkbox"/> wyjazdy poznawcze	<input type="checkbox"/> zabawy dowolne	<input type="checkbox"/> dyskusyjno-filmowe
<input type="checkbox"/> ruchowe	<input type="checkbox"/> dydaktyczne	<input type="checkbox"/> plastyczne	<input type="checkbox"/> inne, jakie? .....

## ODBIÓR DZIECKA ZE ŚWIETLICY

### 1. Upoważniam do odbioru dziecka ze świetlicy następujące osoby

imię i nazwisko	nr dowodu tożsamości*	telefon kontaktowy	stopień pokrewieństwa
1			
2			
3			
4			

\*proszę zaznaczyć w tym miejscu **rodzeństwo niepełnoletnie**, podać datę urodzenia oraz uzupełnić tabelę 3. )  
(dzieci, które nie ukończyły 7 roku życia, mogą być odbierane tylko przez osoby, które ukończyły 10 rok życia – art. 43. 1. USTAWY z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym)

### 2. Wyrażam zgodę (przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka)

na <b>samodzielne wyjście</b> dziecka ze świetlicy (dotyczy dzieci powyżej 7 roku życia)		TAK		NIE	
CODZIENNIE		o godz. ....			
W WYBRANE DNI TYGODNIA	w poniedziałki	we wtorki	w środy	w czwartki	w piątki
	o godz. ....	o godz. ....	o godz. ....	o godz. ....	o godz. ....

### 3.

wyjście pod opieką wskazanej powyżej osoby niepełnoletniej				
w poniedziałki	we wtorki	w środy	w czwartki	w piątki
o godz. ....	o godz. ....	o godz. ....	o godz. ....	o godz. ....

## WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI

<b>Jakie są Państwa oczekiwania wobec świetlicy szkolnej?</b>
<b>W jaki sposób możecie Państwo wspomóc pracę świetlicy?</b> (przeprowadzenie w świetlicy zajęć, warsztatów o dowolnej tematyce, transport zakupów, opieka podczas wyjść i wyjazdów, umiejętność szycia, pomoc informatyczna, darowizna, inne)

## OŚWIADCZENIA RODZICÓW /OPIEKUNÓW

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami regulującymi funkcjonowanie świetlicy szkolnej zawartymi w *Regulaminie świetlicy*, ze szczególnym uwzględnieniem czasu, w którym dzieci znajdują się pod opieką nauczycieli wychowawców, tzn. od godz. 7.00 do godz. 17.00.
2. Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia wychowawców świetlicy szkolnej o każdorazowym odstępstwie od ustalonego czasu i sposobu odbierania dziecka ze świetlicy zawartego w karcie zapisu (np. ewentualność powrotu do domu bez opiekuna lub możliwość odebrania dziecka przez inne niż wskazane osoby)
3. Zobowiązuję się do systematycznego uzupełniania danych dotyczących uczestnictwa mojego dziecka w zajęciach pozalekcyjnych.
4. Zostałam/łem zapoznana/y z informacją o przetwarzaniu danych osobowych dotyczących osób objętych wnioskami o przyjęcie do szkoły i uczniów szkoły oraz ich rodziców lub opiekunów prawnych.
5. Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym podaniu są zgodne ze stanem faktycznym.

**data i czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna**

**data i czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna**



## Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Łazach

### POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIERANIA DZIECKA ZE SZKOŁY Z INFORMACJAMI O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

**Potwierdzam, że zapoznano mnie z informacjami o przetwarzaniu danych osobowych dotyczących osób niebędących rodzicami lub opiekunami prawnymi, upoważnionych do odbierania dzieci ze szkoły [podawanymi w wykonaniu art.14 ust.1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)].**

.....  
( data

imię i nazwisko

podpis osoby potwierdzającej )

.....  
( data

imię i nazwisko

podpis osoby potwierdzającej )

.....  
( data

imię i nazwisko

podpis osoby potwierdzającej )

.....  
( data

imię i nazwisko

podpis osoby potwierdzającej )