Nidzica, dnia …………………..

**



**Dyrektor**

**Technikum w Nidzicy**

**i Branżowej Szkoły I Stopnia w Nidzicy**

ul. Barke 2

13-100 Nidzica

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka/podopiecznego ………………………………………….……………

(imię i nazwisko dziecka)

do **klasy pierwszej** **w roku szkolnym 2025/2026:**

**TECHNIKUM** kształcącego w zawodzie:

|  |  |
| --- | --- |
| * **technik logistyk\*** * **technik informatyk** \* * **technik elektryk**\* * **technik usług fryzjerskich**\* * **technik handlowiec** \* | * **klasa wojskowa\*** * **klasa policyjna i straży granicznej\*** * **oddział klasy strażackiej\*** * **rozszerzenia do wyboru:**   **j. angielski, geografia lub matematyka\*** |

zaznacz wybraną szkołę / zawód / klasę / rozszerzenie\*

**BRANŻOWA SZKOŁA I Stopnia** **:**

* **Klasa wielozawodowa** **z praktykami w zakładzie pracy w zawodzie\*** : ……………..………………………….

(Nazwa zawodu)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **z zajęciami strażackimi dla chętnych/zainteresowych \***

wpisz nazwę zawodu / zaznacz zajęcia \*

Formularz Danych Dziecka/Podopiecznego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** | **Pola do wypełnienia/zaznaczenia** | | | | | | | | | | | | |
| **Dane podstawowe** | 1 | Imię/imiona |  | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Data urodzenia |  | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Miejsce urodzenia (miasto i województwo) |  | | | | | | | | | | | | |
| 5 | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Imiona rodziców | imię ojca: | | | | |  | imię matki: | | | |  | | |
| **Dane kontaktowe** | 7 | Adres zamieszkania  ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod  gmina, powiat | Miejscowość: | | | | | | | | | | | | |
| ulica i numer domu: | | | | | | | | | | | | |
| kod i poczta: | | | | | | | | | | | | |
| gmina: | | | | | | powiat: | | | | | | |
| 8 | Telefon |  | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Adres poczty elektronicznej |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informacje dodatkowe** | 10 | Nauka języka obcego (do wyboru) | * j. angielski | * j. niemiecki | * j. rosyjski |
| 11 | Deklaracja udziału  w nieobowiązkowych zajęciach  (do wyboru) | * nie | Jeśli tak proszę zaznaczyć jeden przedmiot:   * religia * etyka | |
| 12 | Osoba z dysfunkcjami[[1]](#footnote-1) (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie) lub opinię z P.P-P | * tak | * nie |  |

Formularz Danych Rodziców/Opiekunów prawnych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **L.p.** | **Dane Rodzica/Opiekuna prawnego** | |
| **Dane kontaktowe** | 1 | Imię i Nazwisko |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Adres zamieszkania  ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod | miejscowość: |
| ulica i numer domu: |
| kod i poczta: |
| 4 | Telefon |  |
| 5 | Adres poczty elektronicznej |  |

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 par. 1 kodeksu karnego.

Oświadczam, że zapoznałem się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez W-M ZDZ”, w tym, że administratorem moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/ podopiecznego, jest Warmińsko-Mazurski Zakład Doskonalenia Zawodowego w Olsztynie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 5, 10-548 Olsztyn. Moje dane osobowe oraz dane mojego dziecka/ podopiecznego będą przetwarzane w celu rekrutacji do szkoły i podpisania umowy o naukę oraz do celów związanych z nauką w szkole, w tym między innymi do przeprowadzenia egzaminów zewnętrznych przez uprawnione do tego instytucje. Dane będą przetwarzane przez okres obowiązywania umowy, a po jej wygaśnięciu przez czas niezbędny dla dochodzenia ewentualnych praw i roszczeń oraz w celach, na które wyrażę zgodę. W-M ZDZ zapewnia spełnienie wszystkich moich praw wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (RODO), tj. prawa dostępu, sprostowania oraz usunięcia moich danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawa do ich przenoszenia, niepodlegania zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, a także prawa do wycofania złożonej zgody i wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych..

**Ponieważ dane szczególnych kategorii (w tym dotyczące niepełnosprawności) chronione są szczególnie, musimy prosić Panią/Pana jako rodzica/opiekuna prawnego dziecka/podopiecznego o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie. Prosimy o potwierdzenie czy Pani/Pan godzi się na przetwarzanie tych danych.**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego należących do szczególnych kategorii (dotyczących dysfunkcji) przez W-M ZDZ, w celu realizacji procesu nauczania w szkole.*

□ TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali dane mojego dziecka/podopiecznego należące do szczególnych kategorii

□ NIE

Dane dotyczące dysfunkcji są niezbędne aby prawidłowo zrealizować przebieg nauki w Szkole.

………………………………………… ….……………………………………….

Podpis dziecka/podopiecznego Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

**Załączniki:**

1. 2 fotografie (podpisane na odwrocie)

2. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu

3. karta zdrowia ucznia

4. świadectwo ukończenia szkoły (niezwłocznie po jego otrzymaniu)

5. zaświadczenie OKE o wynikach egzaminu (niezwłocznie po jego otrzymaniu)

6. Opinia lub orzeczenie P.P-P o niepełnosprawności lub dysfunkcji

1. [↑](#footnote-ref-1)