

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	
☐ technik logistyk*	☐ kształcącego w zawodzie:
☐ technik informatyk *	☐ klasa wojskowa*
☐ technik elektryk*	☐ klasa policyjna i straży granicznej*
☐ technik usług fryzjerskich*	☐ oddział klasy strażackiej*
☐ technik handlowiec *	☐ 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/zainteresowanych *

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 (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

¹ Dane dotyczące dysfunkcji są niezbędne aby prawidłowo zrealizować przebieg nauki w Szkole.

.....
Podpis dziecka/podopiecznego

.....
Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

Załączniki:

- 2 fotografie (podpisane na odwrocie)
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu
- karta zdrowia ucznia
- świadcstwo ukończenia szkoły (niezwłocznie po jego otrzymaniu)
- zaświadczenie OKE o wynikach egzaminu (niezwłocznie po jego otrzymaniu)
- Opinia lub orzeczenie P.P-P o niepełnosprawności lub dysfunkcji