

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 2024/2025:

TECHNIKUM kształcącego w zawodzie:	
<input type="checkbox"/> technik logistyk* <input type="checkbox"/> technik informatyk * <input type="checkbox"/> technik elektryk* <input type="checkbox"/> technik usług fryzjerskich*	<input type="checkbox"/> technik handlowiec * <input type="checkbox"/> technik spedytor* <input type="checkbox"/> oddział klasy strażackiej* <input type="checkbox"/> klasa wojskowa* <input type="checkbox"/> rozszerzenia do wyboru: j. angielski, geografia lub matematyka

BRANŻOWA SZKOŁA I Stopnia :	
<input type="checkbox"/> Klasa wielozawodowa z praktykami w zakładzie pracy w zawodzie : (Nazwa zawodu)	
<input type="checkbox"/> z zajęciami strażackimi dla chętnych / zainteresowanych *	

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)	<input type="checkbox"/> j. angielski	<input type="checkbox"/> j. niemiecki	<input type="checkbox"/> j. rosyjski
	11	Deklaracja udziału w nieobowiązkowych zajęciach (do wyboru)	<input type="checkbox"/> nie	Jeśli tak proszę zaznaczyć jeden przedmiot: <input type="checkbox"/> religia <input type="checkbox"/> etyka	
	12	Osoba z dysfunkcjami ¹ (jeżeli tak, prosimy przedstawić odpowiednie orzeczenie) lub opinię z P.P-P	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> 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

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