**Wniosek przyjęcia dziecka**

**do oddziału przedszkolnego**

**ROCZNE OBOWIĄZKOWE PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE**

**w Publicznej Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi Nr 2**

 **w Świdwinie**

**na rok szkolny 2024/2025**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Imiona** |  |  |
| **Nazwisko** |  | **Data urodzenia** |  |
| **Miejsce urodzenia** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA** |
| **Miejscowość** |  | **Ulica**  |  |
| **Numer domu** |  | **Numer mieszkania** |  |
| **Gmina** |  |
| **ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA ( jeżeli jest inny niż zamieszkania)** |
| **Miejscowość** |  | **Ulica**  |  |
| **Numer domu** |  | **Numer mieszkania** |  |
| **Gmina** |  |

 **DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Niepełnosprawność** **Kandydata***(w przypadku odpowiedzi na* ***TAK*** *dostarczyć oryginał orzeczenia)* | Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| **Informacje o dziecku mogące wpływać na jego funkcjonowanie w placówce** |  |

**Szkołą obwodową dziecka jest . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

|  |
| --- |
| **POBYT DZIECKA W PLACÓWCE****od godz.: . . . . . . . . . . do godz.: . . . . . . . . . . razem . . . . . . . . . godzin** |
| **śniadanie** (jeżeli będziekorzystał z posiłku przygotowywanego przez kuchnię wpisać **TAK**) |  |
| **obiad** (jeżeli będziekorzystał z posiłku przygotowywanego przez kuchnię wpisać **TAK**) |  |
| **podwieczorek** (jeżeli będziekorzystał z posiłku przygotowywanego przez kuchnię wpisać **TAK**) |  |

|  |
| --- |
| **DANE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ**\* |
| Opiekun(właściwe zakreślić) | Rodzic | Opiekun prawny | Nie udzieli informacji | Nie żyje | Nieznany | Rodzic mieszka za granicą |
| **Imię** |  | **Drugie imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| **Miejscowość** |  | **Ulica**  |  |
| **Numer domu** |  | **Numer mieszkania** |  |
| **Telefon dom/komórka** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **MIEJSCE PRACY MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| **Nazwa i adres zakładu pracy** |  |

|  |
| --- |
| **DANE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO**\* |
| Opiekun(właściwe zakreślić) | Rodzic | Opiekun prawny | Nie udzieli informacji | Nie żyje | Nieznany | Rodzic mieszka za granicą |
| **Imię** |  | **Drugie imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| **Miejscowość** |  | **Ulica**  |  |
| **Numer domu** |  | **Numer mieszkania** |  |
| **Telefon dom/komórka** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **MIEJSCE PRACY OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| **Nazwa i adres zakładu pracy** |  |

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO ZOSTAŁ ZŁOŻONY DO NIŻEJ WSKAZANYCH PLACÓWEK**

*WNIOSEK* ***może*** *być złożona do nie więcej niż trzech wybranych placówek Gminy Świdwin przy czym w każdej złożonej karcie jako placówkę pierwszego wyboru należy wpisać tę samą placówkę/*

**Placówką pierwszego wyboru jest:** */wpisać nazwę przedszkola lub szkoły podstawowej**z oddziałem przedszkolnym)*

|  |  |
| --- | --- |
| **1**. |  ………………………………………………………………………………………….. |

**Placówkami dalszego wyboru są: /***wpisać w kolejności od najbardziej do najmniej preferowanych/*

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | …………………………………………………………………………………………..... |
| **3.** | …………………………………………………………………………………………….. |

**KRYTERIA PRZYJĘĆ**

|  |
| --- |
| **Kryteria podstawowe Ustawy Prawo Oświatowe brane pod uwagę na pierwszym etapie postępowania rekrutacyjnego** (przy spełnionych kryteriach proszę postawić znak „x”) |
| 1 | Wielodzietność rodziny kandydata **1pkt** |  |
| 2 | Niepełnosprawność kandydata **1pkt** |  |
| 3 | Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata **1pkt** |  |
| 4 | Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata **1pkt** |  |
| 5 | Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata **1pkt** |  |
| 6 | Samotne wychowanie kandydata w rodzinie **1pkt** |  |
| 7 | Objęcie kandydata pieczą zastępczą **1pkt** |  |

\*) Jeżeli komisja rekrutacyjna ma wziąć pod uwagę spełnianie danego kryterium, w kolumnie czwartej tego kryterium, należy napisz TAK i dołącz do karty odpowiednie dokumenty potwierdzające spełnianie tego kryterium.

|  |
| --- |
| **Kryteria do drugiego etapu postępowania rekrutacyjnego ustalane Uchwałą NR XXV/200/17 Rady Miasta Świdwin z dnia 8 lutego 2017r.** |
| **Lp.** | **Kryterium dodatkowe** | **Wymagane dokumenty potwierdzające spełnianie kryterium** | **Zgłoszenie kryterium do oceny**  **Tak\*)** | **Punkty** |
| **1** | liczba zadeklarowanych godzin pobytu dziecka w przedszkolu ponad podstawę programową | 1godz | *oświadczenie*  |  | **1** |
| **2** | liczba zadeklarowanych godzin pobytu dziecka w przedszkolu ponad podstawę programową | 2godz | *oświadczenie*  |  | **2** |
| **3** | liczba zadeklarowanych godzin pobytu dziecka w przedszkolu ponad podstawę programową | 3godz | *oświadczenie*  |  | **3** |
| **4** | liczba zadeklarowanych godzin pobytu dziecka w przedszkolu ponad podstawę programową | 4godz | *oświadczenie*  |  | **4** |
| **5** | w szkole obowiązek szkolny spełnia rodzeństwo dziecka | *oświadczenie*  |  | **1** |
| **6** | rodzice/opiekunowie prawni dziecka pracują |  *zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu* |  | **2** |
| **7** | rodzic/opiekun prawny dziecka pracuje |  *zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu* |  | **1** |

**Do karty dołączam dokumenty potwierdzające spełnianie kryteriów wymienionych w pkt. . . . . . . .**

**W przypadku dzieci spoza obwodu gminy Świdwin** **do wniosku należy dołączyć kserokopię aktu urodzenia i aktualny meldunek.**

**Oświadczam, że:**

1. *Dane podane w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.*
2. *Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w celu przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego(roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne) oraz w zakresie działalności dydaktyczno -wychowawczo-opiekuńczej Publicznej Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z art.6 ust. 1 lit. a, c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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.*
3. *W przypadku zmiany danych zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie szkoły i dokonania odpowiednich zmian w dokumentacji.*

**Świdwin, dn…………………………………… …………………………………… Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna\***

**Oświadczam, że**

**wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\* na opublikowanie imienia i nazwiska mojego dziecka na tablicy ogłoszeń w szkole na liście dzieci zakwalifikowanych/niezakwalifikowanych do oddziału przedszkolnego na rok szkolny 2023/2024

**wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\* na opublikowanie imienia i nazwiska mojego dziecka na tablicy ogłoszeń w szkole na liście dzieci przyjętych /nieprzyjętych do oddziału przedszkolnego na rok szkolny 2024/2025

**…………………………………… …………………………………… Data Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna\***

**POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU**

PESEL dziecka: ....................................................

Imię dziecka: ........................................................

Nazwisko dziecka: .................................................

Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie potwierdza, że przyjął wniosek zgłoszenia dziecka do oddziału przedszkolnego szkoły (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne) na rok szkolny 2024/2025.

Świdwin, dn**. ....................... .......................................**

 Pieczątka i podpis dyrektora

**WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA**

Komisja na posiedzeniu w dniu ....................................................

□ – przyjęła dziecko do oddziału przedszkolnego (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne) PSP z OI nr 2 w Świdwinie od 1 września 2024 r.

□ – nie przyjęła dziecka z powodu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Podpisy przewodniczącego i członków komisji:

**..................................... .......................................** **.......................................**

\*niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna**

**dla osoby udostępniającej dane osobowe**

**Administratorem Pani/Pana\* danych osobowych jest:**

Publiczna Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 im. ppor. Emilii Gierczak z siedzibą: ul. Armii Krajowej 19, 78-300 Świdwin. Z administratorem danych można się skontaktować telefonicznie pod numerem 94 365 22 34, na adres e-mail: sp2swidwin@op.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.

**Inspektor ochrony danych.**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym może się Pani/Pan\* skontaktować poprzez email: iodo\_swidwin@wp.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować, w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

**Cele i podstawy przetwarzania.**

Podane przez Panią/Pana\* dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procesu rekrutacyjnego Pani/Pana\* dziecka na rok szkolny 2024/2025 do:

- oddziału zerowego roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne\*.

Pani/Pana\* oraz dziecka dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. lit. c 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 „RODO”), (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) w związku z art. 130, 133 oraz 150 i 151 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku - Prawo oświatowe.

**Odbiorcy danych osobowych.**

Odbiorcami Pani/Pana\* oraz dziecka danych osobowych będą jednostki administracji publicznej uprawnione do sprawowania kontroli i nadzoru nad prawidłowością funkcjonowania administratora, jednostki mogące potwierdzić prawdziwość podanych przez Panią/Pana\* informacji oraz pozostałe jednostki administracji publicznej ustawowo umocowane do ich przetwarzania.

**Okres przechowywania danych.**

Pani/Pana\* oraz dziecka dane będą przechowywane przez okres 1 roku w odniesieniu do dzieci nieprzyjętych lub przez czas wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt tj. przez czas trwania nauki, a następnie przez okres 50 lat po jej zakończeniu w przypadku dzieci przyjętych, poczynając od 1 stycznia roku następnego.

**Sposób przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana\* oraz dziecka dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie zostaną poddane profilowaniu.

**Prawa osób, których dane dotyczą.**

Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu\*:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopi,
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
3. prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
5. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa.

**Informacja o wymogu podania danych.**

Podanie przez Panią/Pana\* danych jest wymogiem ustawowym.

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Data Czytelny podpis rodzica/opiekuna\***

\*niepotrzebne skreślić