

**Dyrektor Specjalnego Ośrodka  
Szkolno-Wychowawczego  
im. Przyjaciół Dzieci  
w Lubinie**

**Wniosek o objęcie dziecka**

zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi indywidualnymi  
w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym im. Przyjaciół Dzieci w Lubinie  
na rok szkolny .....

Proszę o objęcie dziecka ww. zajęciami, które odbywać się będą w .....

**I. Dane dziecka**

Imię	Drugie imię	Nazwisko	PESEL																	

Jeżeli dziecko nie posiada numeru PESEL, seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: .....

Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Obywatelstwo

Adres zamieszkania:				
mięscowość	ulica	nr domu	nr lokalu	
kod pocztowy	poczta	województwo	powiat	gmina

Adres zameldowania ( jeżeli jest inny niż zamieszkania):				
mięscowość	ulica	nr domu	nr lokalu	
kod pocztowy	poczta	województwo	powiat	gmina

Dane o szkole obwodowej:			
nazwa szkoły			
mięscowość	ulica, nr	kod pocztowy	poczta
województwo	powiat	gmina	

**II. Dane rodziców/opiekunów prawnych**

Dane matki/opiekuna prawnego:	Dane ojca/opiekuna prawnego:
-------------------------------	------------------------------

Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
Telefon kontaktowy	Telefon kontaktowy
Poczta elektroniczna	Poczta elektroniczna

Adres zamieszkania ( jeśli jest inny niż dziecka):		Adres zamieszkania ( jeśli jest inny niż dziecka):	
miejsowość		miejsowość	
ulica, nr domu, nr lokalu		ulica, nr domu, nr lokalu	
kod pocztowy		kod pocztowy	
poczta		poczta	
województwo		województwo	
powiat		powiat	
gmina		gmina	

\*niepotrzebne skreślić

### III. Informacja dotycząca sytuacji rodzinnej dziecka:

1. Rodzina:  pełna,  niepełna,  zastępcza

#### Oświadczenia wnioskodawcy:

- Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku i załącznikach do wniosku w celach związanych z organizacją zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz zgodnie z przepisami 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 (RODO).
- Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować szkołę w przypadku zmiany danych zawartych we wniosku.

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis rodziców / prawnych opiekunów dziecka

Załączniki:	
L.p.	
1.	Karta informacyjna
2.	Kopia odpisu skróconego aktu urodzenia (oryginał do wglądu – do potwierdzenia zgodności kopii z oryginałem)

<b>Decyzja dyrektora SOSz-W w Lubinie :</b>
Wyrażam zgodę* / Nie wyrażam zgody*
..... (pieczęć i podpis dyrektora)

\*niepotrzebne skreślić

Lubin,.....

## KARTA INFORMACYJNA

Uczeń/uczennica:

PESEL	Imię	Drugie imię	Nazwisko

Zakres	Deklaracja
Zgoda na umieszczanie wizerunku ucznia, jego wytworów plastycznych, informacji o sukcesach, imprezach i innych związanych z działalnością szkolną na stronie internetowej szkoły, Facebooku, tablicach informacyjnych i w prasie (w celu promocji szkoły).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgoda na udział mojego dziecka w wyjściach, wyjazdach i wycieczkach w czasie zajęć, organizowanych przez SOSz-W w Lubinie w szkole i poza szkołą na terenie Lubina w okresie objętym nauką	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgoda na udział mojego dziecka w konkursach, imprezach w czasie zajęć lekcyjnych organizowanych przez SOSz-W w Lubinie oraz inne instytucje, w szkole i poza szkołą w okresie objętym nauką.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgoda na badanie dziecka przez lekarza, pielęgniarkę, pedagoga, psychologa oraz specjalistów.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dziecka oraz rodziców przez SOSz-W w Lubinie w związku z realizacją zadań statutowych szkoły – celów dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych oraz prowadzenia dokumentacji szkolnej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Adres poczty elektronicznej i numery telefonów kontaktowych – o ile je posiada. MATKI/OPIEKUNA PRAWNEGO	
Adres poczty elektronicznej i numery telefonów kontaktowych – o ile je posiada. OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO	
Dodatkowe informacje o dziecku mogące wpłynąć na funkcjonowanie dziecka w szkole (stan zdrowia, opieka lekarska, opieka specjalistyczna, dieta)	

RODZICE / OPIEKUNOWIE PRAWNI:

.....  
(podpis ojca /opiekuna prawnego).....  
(podpis matki/opiekuna prawnego)