

KARTA EWIDENCJI SZKOLNEJ

Prosimy o dokładne wypełnienie i zaznaczenie odpowiedzi znakiem „X”

Data przyjęcia dziecka:		
Nazwisko i imię dziecka:		
Data i miejsce urodzenia:		
Numer Pesel: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Adres zamieszkania dziecka (aktualny)		
Ulica i nr domu:.....Kod pocztowy:.....Miejscowość:.....		
Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych:		
Adres zamieszkania rodziców (op. prawnych): – wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż dziecka		
Nazwa, numer oraz miejscowość szkoły macierzystej:		
Klasa:		
<input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> Szkoła ponadpodstawowa		
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? (proszę dołączyć)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego? (proszę dołączyć)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy dziecko posiada opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy dziecko jest w szpitalu z opiekunem?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy dziecko jest leczone/pod opieką lekarza specjalisty: TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/> alergologa, neurologa, okulisty, kardiologa, psychiatry lub innego..... - (prawidłowe podkreślić)		
Czy dziecko przyjmuje stałe leki?....., jakie:.....		
Wyrażam zgodę na objęcie ucznia Pomocą Psychologiczną – Pedagogiczną na podstawie dostarczonych przeze mnie orzeczeń i opinii.		TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>

Podstawa Prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 24.08.2017 w sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuńczo – wychowawczych w przedszkolach i szkołach specjalnych, zorganizowanych w podmiotach leczniczych i jednostkach pomocy społecznej (Dz. U z 2020 r. poz 2181).
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych gromadzonych w bazach danych oświatowych, zakresu danych identyfikujących podmioty prowadzące bazy danych oświatowych, terminów przekazywania danych między bazami danych oświatowych oraz wzorów wydruków zestawień zbiorczych (Dz. U. poz. 957, z 2014 r. poz. 1149, z 2017 r. poz. 1613 oraz z 2018 r. poz. 1630).

Wyrażam zgodę na bezterminowe wykorzystanie i rejestrowanie wizerunku mojego dziecka podczas zajęć, konkursów i imprez organizowanych przez naszą szkołę.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej szkoły https://szkolaprzyzszpitalna-jaworze.com.pl/.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na portalu społecznościowym Facebook.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w miesięczniku Echo Jaworza oraz jego wersji elektronicznej na stronie internetowej https://opgj.pl/echo-jaworza.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w kronice szkolnej i na tablicach ściennych.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w konkursach i programach organizowanych przez ZSS w Skoczowie.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na wyjścia mojego dziecka poza teren szpitala w ramach zajęć lekcyjnych oraz pozalekcyjnych.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że w szkole przyszpitalnej nie są realizowane przedmioty: doradztwo zawodowe, wychowanie do życia w rodzinie oraz edukacja dla bezpieczeństwa.

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE NUMERU TELEFONU ORAZ E-MAIL DO RODZICA/OPIEKUNA

(w przypadku wyrażenia zgody proszę zaznaczyć krzyżyk [X])

- [] Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie, oraz udostępniam dane kontaktowe, celu otrzymywania telefonicznie, w tym za pomocą sms informacji ze strony Zespołu Szkół Specjalnych w Skoczowie ul. Mickiewicza 12, 43-430 Skoczów, o zachowaniu, ocenach i postępowaniu w rozwoju mojego dziecka.

.....
(numer telefonu rodziców / prawnych opiekunów)

- [] Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie, oraz udostępniam dane kontaktowe w celu otrzymywania drogą elektroniczną, na podane konto mailowe informacji ze strony Zespołu Szkół Specjalnych w Skoczowie ul. Mickiewicza 12, 43-430 Skoczów, o zachowaniu, ocenach i postępowaniu w rozwoju mojego dziecka.

.....
(e-mail rodziców / prawnych opiekunów)

INFORMACJA DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH (COVID-19)

Z informacjami dotyczącymi organizacji zajęć dydaktyczno-wychowawczych, jak i procedur postępowania w zakresie profilaktyki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 na terenie szkoły szpitalnej, można zapoznać się na stronie internetowej Zespołu Szkół Specjalnych w Skoczowie w zakładce DO POBRANIA <https://www.zss.skoczow.pl/download>

.....
(data i czytelny podpis rodziców lub prawnych opiekunów)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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 (zwanej dalej RODO) Zespół Szkół Specjalnych informuje, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Zespół Szkół Specjalnych w Skoczowie zwanym dalej Szkołą tel. 33 8533048 ul. Mickiewicza 12 43-430 Skoczów.
2. Kontakt do inspektora ds. Ochrony Danych – adres e-mail: ido@zss.skoczow.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań przez Szkołę zgodnie z udzieloną przez Państwa zgodą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Pani / Pana wyżej wymienione dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom.
5. Dane osobowe Pani / Pana nie będą przekazywane odbiorcom do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Wyżej wymienione dane osobowe Pani / Pana będą przechowywane przez okres pobytu dziecka w Szkole.
7. Posiada Pani / Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
8. Posiada Pani/ Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Posiada Pani / Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i nie ma żadnych konsekwencji nie podania danych osobowych.
11. Administrator Danych Osobowych nie podejmuje w sposób zautomatyzowany decyzji oraz nie profiluje danych osobowych.
12. Administrator Danych Osobowych nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostaną zebrane.

.....
(data i czytelny podpis rodziców lub prawnych opiekunów)