

DANE DODATKOWE	
Telefon kontaktowy do MATKI /prawnego opiekuna/	
Telefon kontaktowy do OJCA /prawnego opiekuna/	
Deklaruję pobyt dziecka w świetlicy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Deklaruję moją gotowość do pełnego współdziałania ze szkołą poprzez:	<ul style="list-style-type: none"> • akceptację wymagań stawianych uczniom przez Statut i Regulamin Szkoły; • współpracę z wychowawcami klas (m.in. przez systematyczny udział w konsultacjach i zebraniach); • regulowanie dobrowolnych składek na Radę Rodziców; • pokrywanie kosztów ewentualnych szkód materialnych wynikłych z winy mojego dziecka
Oświadczam, że poznałem/am Statut Szkoły i przyjmuję w całości jego postanowienia.	
Zgoda na wykorzystanie danych dziecka do prowadzenia dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgoda na wykorzystanie wizerunku dziecka (w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

INFORMACJA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity: Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926) przyjmuję do wiadomości, że:

- administratorem danych jest Szkoła Podstawowa nr 4 im. Jana Pawła II w Lubartowie z siedzibą przy ul. Kosmonautów 11,
- dane kontaktowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku nauczania oraz szybkiego kontaktu z rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka w nagłych okolicznościach, dane dot. wizerunku dziecka będą wykorzystywane wyłącznie w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z życiem szkoły.
- dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa,
- przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania,

dane podaję dobrowolnie zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz aktami wykonawczymi dot. realizacji obowiązku szkolnego oraz organizacji nauki religii, jednocześnie wyrażam zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym powyżej.

Podpis MATKI
/prawnego opiekuna/

Podpis OJCA
/prawnego opiekuna/

Data