



WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA

DO PUNKTU PRZEDSZKOLNEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ DZIECI W RZEPLINIE

I DANE DZIECKA

1. Imiona i nazwisko dziecka
2. Adres zameldowania (stały/czasowy)*
3. Adres zamieszkania dziecka
4. Data i miejsce urodzenia
5. PESEL
6. Od kiedy dziecko będzie uczęszczać do przedszkola 01.04.2013R.
7. Czy dziecko uczęszczało już do przedszkola (tak/nie)* , nazwa placówki
.....
8. Dodatkowe ważne informacje o dziecku np. stałe choroby, wady rozwojowe, alergie, inne
.....
.....
9. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności, opinię o kształceniu specjalnym, opinię o wczesnym wspomaganium* (w przypadku posiadania ww. dokumentów należy dołączyć kopię w załączeniu)
10. Zalecenia lekarskie

II DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW*

	MATKA	OJCIEC
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania / zameldowani		
Telefon kontaktowy		
Miejsce pracy, telefon		
Godziny pracy		

- Rodzina pełna, niepełna, zastępcza*
- Informacja o ograniczeniu praw rodzicielskich
- Dodatkowe informacje



III RODZICE/OPIEKUNOWIE ZOBOWIĄZANI SĄ DO:

- 1) Zapoznania się i przestrzegania postanowień aktualnie obowiązującego regulaminu placówki
- 2) Niezwłocznego poinformowania o każdej zmianie danych osobowych własnych oraz dziecka.
- 3) Przyprawdzania i odbierania dziecka z przedszkola osobiście lub przez osobę dorosłą, do tego upoważnioną
- 4) przyprawdzania do przedszkola zdrowego dziecka

Dotyczy dzieci 5 letnich:

Obwodową szkołą podstawową dla dziecka jest:

(nazwa szkoły podstawowej)

Oświadczamy, iż przedłożone informacje są zgodne ze stanem faktycznym

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis matki/opiekuna

.....
czytelny podpis ojca/opiekuna

OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Nr dowodu osobistego	Nr telefonu

Oświadczamy, że bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka od chwili odebrania go z przedszkola przez wskazaną powyżej, upoważnioną przez nas osobę.

.....
podpisy rodziców/opiekunów prawnych

DECYZJA KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ

Komisja Kwalifikacyjna na posiedzeniu w dniu:

1. Zakwalifikowała w /w dziecko do punktu przedszkolnego
2. Zakwalifikowała w / w dziecko na listę rezerwową
3. Nie zakwalifikowała dziecka z powodu

Podpisy członków komisji

Nazwisko, Imię,	Funkcja	Podpis
1.
2.
3.

• niepotrzebne skreślić

INFORMACJE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH Zgodnie z Zarządzeniem MEN Nr 5 z dnia 19 lutego 2002r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne placówki oświatowe dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz. U z 2002 Nr 23, poz. 225 z późn. zm.) są zebrane w celu szybkiego kontaktu w nagłych okolicznościach oraz poznania sytuacji rodzinnej dziecka. Są udostępnione tylko nauczycielom przedszkola, którzy są zobowiązani do zachowania tajemnicy służbowej. Na zebranie powyższych danych o dziecku i jego rodzinie wyrażamy zgodę.





O WIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu **Z pola do przedszkola w Rzeplinie** [tytuł projektu] realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oświadczam, i przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.);
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu **Z pola do przedszkola w Rzeplinie**, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) moje dane osobowe zostaną powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, ul. A. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, Beneficjentowi realizującemu projekt **Towarzystwu Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorskiemu Oddziałowi Regionalnemu w Szczecinie, ul. Jarowita 2/9, 70-501 Szczecin** [nazwa i adres Beneficjenta] oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. - [nazwa i adres ww. podmiotów]. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO KL, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach PO KL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO KL lub Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach PO KL.
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWO I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej o wiadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.

