**Podanie o przyj**ę**cie do Internatu ZSCKR w Marianowie**

Proszę o przyznanie miejsca w internacie w roku szkolnym ...................................................................................

mojej/mojemu córce/synowi ............................................................................................................................................................

( imię i nazwisko ucznia)

**I. INFORMACJE PERSONALNE :**

Imię i nazwisko ucznia ........................................................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ......................................................................................... PESEL ........................................................

Adres zamieszkania ................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................

**Rodzice/opiekunowie:**

Ojciec ................................................................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko) (wzór podpisu)

Matka ................................................................................................................................................................................................................

(imię nazwisko) (wzór podpisu)

Adres do korespondencji ...................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................Telefon stacjonarny ............................................................ Telefon komórkowy ...............................................................

Odległość od miejsca zamieszkania do internatu ................................ km.

**II. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA :**

Opinia o stanie zdrowia dziecka – wskazania/przeciwwskazania:

..................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................

(podpis kandydata) (podpis rodziców/opiekunów)

**Zgoda rodziców**

Wyrażam zgodę na samodzielne wyjścia/wyjazdy z internatu syna/córki poza teren placówki:

..................................................................................................................................................................................................................................

(data) (podpis rodziców/opiekunów)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje się, iż:

1) Administratorem danych osobowych uczniów jest Zespół Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im Chorążego Jana Szymańskiego w Marianowie  
2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iodo.zsckrmarianowo@gmail.com  
3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych, zgodnie z Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.  
4) Dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w Ustawy   
5) Każdy uczeń posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody  
6) Uczeń ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego   
7) Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa

…………………………………………… ………………………………….. ……...………………………………

Miejscowość Data podpis rodzica