**KARTA DZIECKA**

Imię i nazwisko dziecka:**.........................................................................................**

Data urodzenia dziecka:**..........................................................................................**

Miejsce urodzenia dziecka:**.....................................................................................**

Imiona i nazwiska rodziców:**..................................................................................**

Adres zamieszkania dziecka:**..................................................................................**

Adres zameldowania dziecka**:.................................................................................**

Telefon kontaktowy: matka – …...................................... ojciec – …....................................

inne – ….........................................

PESEL dziecka:**..............................................................................**

Rok w przedszkolu:**....................**

Nazwa i adres obwodowej szkoły podstawowej (wg zamieszkania):.................................................................................................................................

Nazwa i adres obwodowej szkoły podstawowej (wg zameldowania):................................................................................................................................

Informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka: ………………………………………………………...

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

Informacje dodatkowe: ………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? ……………………………………………..

Administratorem danych osobowych ujawnionych w niniejszym oświadczeniu jest Publiczne w Ochabach z oddziałami zamiejscowymi w Wiślicy z siedzibą w Ochabach Małych ul. Gołyska 12 . Ujawnione dane przetwarzane będą na podstawie *Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000)w celu realizacji obowiązku opiekuńczego względem wychowanka placówki oświatowej prowadzonej przez Gminę Skoczów. Dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom danych w rozumieniu ww . *Ustawy*. Przysługują Państwu prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne.

………………………….

*(data i podpis rodzica/opiekuna)*

Zgody rodzica/opiekuna prawnego

-----------------------------------------------------

Ja …............................. rodzic/opiekun uprawniony do składania oświadczeń dotyczących mojego dziecka........................................ wyrażam/nie wyrażam (*niepotrzebne skreślić*) zgody na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka takich jak imię i nazwisko, grupa, informacji o wydarzeniach, przedsięwzięciach w których będzie brało udział ( konkursy, zawody, informacji o sukcesach, w tym także wizerunku mojego dziecka czyli fotografii i nagrań, na których będzie możliwa identyfikacja mojego dziecka. Dane będą przetwarzane wyłącznie w celach promocyjnych Przedszkola, poprzez rozpowszechnianie w następującej formie:

* zamieszczanie informacji na tablicach informacyjnych Przedszkola **tak/nie**
* umieszczenie informacji w Kronice **tak/nie**
* zamieszczanie informacji na stronie internetowej Przedszkola **tak /nie**
* przekazywanie informacji w tym zdjęć i filmów z wydarzeń z życia Przedszkola do Urzędu Miasta i do lokalnych mediów **tak/nie**

**……………………………………….**

**Podpis rodzica**

Wyrażam zgodę na sprawdzanie czystości głowy dziecka **tak/nie**

Wyrażam zgodę na dokonywanie pomiaru temperatury dziecka (dane nie będą archiwizowane ani przetwarzane) **tak/nie**

Wyrażam zgodę na uczestniczenie dziecka w katechezie :

**katolicka /ewangelicka/ żadna**

Wyrażam zgodę na udział dziecka w organizowanych przez przedszkole w roku szkolnym 2020/2021 wycieczkach i spacerach **tak/nie**  
Wyrażam zgodę na udział dziecka w Ogólnopolskich programach edukacyjnych **tak/nie**

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć/materiałów przesłanych przeze mnie do placówki na potrzeby promocyjne Przedszkola **tak /nie**

**……………………………….**

**Podpis rodzica**

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wycofać powyższą zgodę w dowolnym momencie poprzez przekazanie wychowawcy mojego dziecka lub dyrektorowi Przedszkola pisemnego oświadczenia. Dane będą mogły być przetwarzane do czasu wycofania zgody. Brak zgody będzie skutkował pominięciem informacji dotyczących mojego dziecka w podanych informacjach o sukcesach, wydarzeniach, w których brało ono udział.

\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. W sprawie ochrony od osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

\*Ustawa z dnia 4 lutego 1994r. O prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U.z 2017r. Poz.880,1089,z 2018r. poz.650)

**OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z wytycznymi przeciwepidemicznymi Głównego Inspektora Sanitarnego  z dnia 25 sierpnia 2020r. dla przedszkoli, oddziałów przedszkolnych  w szkole podstawowej  i innych form wychowania przedszkolnego oraz instytucji opieki nad dziećmi do lat 3;

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem bezpieczeństwa oraz procedurami obowiązującymi od 1 września 2020 w Przedszkolu Publicznym w Ochabach z oddziałami zamiejscowymi w Wiślicy;

Oświadczam, że wyrażam zgodę, aby podczas pobytu mojego dziecka w przedszkolu zastosowane były warunki reżimu sanitarnego opisanego w w/w wytycznych;

Oświadczam, że moje dziecko w dniu podpisania tego oświadczenia jest zdrowe i deklaruję, że niezwłocznie poinformuję dyrekcję placówki o zmianie stanu zdrowia dziecka;

Oświadczam, że żadna z osób przebywająca w moim gospodarstwie domowym nie jest objęta kwarantanną lub izolacją;

Oświadczam, że dziecko będzie przyprowadzane i odprowadzane do przedszkola przez osobę zdrową;

Oświadczam, że nie będę przyprowadzał dziecka do przedszkola, jeżeli zauważę jakiekolwiek objawy wskazujące, że moje dziecko posiada symptomy choroby COVID-19 lub innej choroby zakaźnej;

Oświadczam, że niezwłocznie odbiorę dziecko z przedszkola, jeśli jego pracownicy dostrzegą jakiekolwiek objawy wskazujące, że moje dziecko posiada symptomy choroby COVID-19 lub innej choroby zakaźnej;

Oświadczam, że jeśli jego pracownicy dostrzegą jakiekolwiek objawy wskazujące, że moje dziecko posiada symptomy choroby COVID-19 lub innej choroby zakaźnej, wyrażam zgodę na umieszczenie go do czasu odbioru przez rodzica w izolatce;

Oświadczam, że nie będę składał/a roszczeń przeciwko organowi prowadzącemu ani przedszkolu, w związku z potencjalną możliwością  zakażenia dziecka  chorobą COVID-19 lub inną chorobą zakaźną podczas pobytu w placówce.

…………………………………………………….

(data i podpis)

 niepotrzebne skreślić

……………………, dnia ……………………………

**DEKLARACJA**

**korzystania z wychowania przedszkolnego**

Deklaruję wolę korzystania z wychowania przedszkolnego od 01 września 2020 r. do 31 sierpnia 2021 r.

w przedszkolu:

PRZEDSZKOLU PUBLICZNYM W OCHABACH Z ODDZIAŁAMI ZAMIEJSCOWYMI W WIŚLICY

przez dziecko:

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

Imiona i nazwisko dziecka

***Deklarowane godziny pobytu dziecka w przedszkolu:***

od godziny ……………… do godziny ……………

deklarowana liczba posiłków dziennie: śniadanie …….., obiad ….……, podwieczorek …..….

liczba godzin poza podstawą programową…………………………………….

**POUCZENIE**

Dochodzenie należności budżetowych z tytułu nieuiszczonych opłat za korzystanie z wychowania przedszkolnego następuje na podstawie przepisów o postepowaniu egzekucyjnym w administracji (ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postepowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2017 r. poz.1201).

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

podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca /opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE**

O ZAPOZNANIU SIĘ Z INFORMACJĄ DOTYCZĄCĄ PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH WYCHOWANKÓW PRZEDSZKOLA PUBLICZNEGO W OCHABACH Z ODDZIAŁAMI ZAMIEJSCOWYMI W WIŚLICY

Jako rodzic/opiekun prawny uprawniony do składania oświadczeń dotyczących mojego

Dziecka

……………………………….

(imię i nazwisko dziecka)

Oświadczam, że w dn. …………………………………….. zapoznałam/-em się z treścią *Informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych wychowanków* Przedszkola Publicznego w Ochabach z oddziałami zamiejscowymi w Wiślicy

…………..………………………………

(czytelny podpis rodzica, opiekuna dziecka)

……………………………

miejscowość, data

**ZGODA RODZICA ( prawnego opiekuna)**

**na przesiewowe badania logopedyczne**

Wyrażam zgodę na przesiewowe badanie logopedyczne mojego dziecka:

………………………………………………………………………………….

( nazwisko, imię dziecka)

………………………………………………………………………………….

( data i miejsce urodzenia)

pod kątem **diagnozy wady wymowy przeprowadzone na terenie** Przedszkola Publicznego w Ochabach z oddziałami zamiejscowymi w Wiślicy

Badanie przeprowadzi logopeda mgr Edyta Kotarbicka

Podpis rodzica

………………………………………..

**OŚWIADCZENIE – UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA**

………………………………………….. ……………………………………………

imię i nazwisko matki/prawnej opiekunki imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna

Do odbioru z przedszkola dziecka …………………………………… w roku szkolnym 2020/2021 upoważniam:

……………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko nr dowodu osobistego nr telefonu

*Na podstawie art.6 ust.1 lit. a) Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 wyrażam zgodę na przetwarzaniem moich danych osobowych na potrzeby* PRZEDSZKOLA PUBLICZNEGO W OCHABACH Z ODDZIAŁAMI ZAMIEJSCOWYMI W WIŚLICY *w celu umożliwienia identyfikacji osoby odbierającej dziecko z przedszkola. Zgodę wyrażam dobrowolnie. Wiem, że w każdej chwili będę mógł/ mogła odwołać zgodę przez złożenie odwołania na piśmie.*

*Podpis osoby upoważnionej do odbioru dziecka, udostępniającej dane osobowe:*

……………………………

*Oświadczamy, że bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu odbioru go z przedszkola przez wskazaną powyżej osobę.*

Ochaby , dn……………………………….. …………………………………………

Podpisy rodziców/prawnych opiekunów

**OŚWIADCZENIE – UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA**

………………………………………….. ……………………………………………

imię i nazwisko matki/prawnej opiekunki imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna

Do odbioru z przedszkola dziecka …………………………………… w roku szkolnym 2020/2021 upoważniam:

……………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko nr dowodu osobistego nr telefonu

*Na podstawie art.6 ust.1 lit. a) Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 wyrażam zgodę na przetwarzaniem moich danych osobowych na potrzeby* PRZEDSZKOLA PUBLICZNEGO W OCHABACH Z ODDZIAŁAMI ZAMIEJSCOWYMI W WIŚLICY *w celu umożliwienia identyfikacji osoby odbierającej dziecko z przedszkola. Zgodę wyrażam dobrowolnie. Wiem, że w każdej chwili będę mógł/ mogła odwołać zgodę przez złożenie odwołania na piśmie.*

*Podpis osoby upoważnionej do odbioru dziecka, udostępniającej dane osobowe:*

……………………………

*Oświadczamy, że bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu odbioru go z przedszkola przez wskazaną powyżej osobę.*

Ochaby , dn……………………………….. …………………………………………

Podpisy rodziców/prawnych opiekunów