****

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO**

### PRYWATNEGO PRZEDSZKOLA ARTYSTYCZNO-JĘZYKOWEGO

**KIDS’ ACADEMY
w Białymstoku**

**rok szkolny**

**:**

 Formularz złożono dnia: o godz.:

KLASA: Tutaj wypełnia Dyrektor:

 **WŁAŚCIWY OBWÓD SZKOLNY- nie dotyczy**

Nazwa szkoły

Ulica

Nr

Miejscowość

Kod pocztowy  

 **ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA**

Nr lokalu

Nr domu

Ulica

Miejscowość

Kod pocztowy  

 **DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA**

Imiona

Numer PESEL

Nazwisko

Data urodzenia

(dzień – miesiąc - rok)

Miejsce urodzenia

#  ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA (jeśli inny niż zameldowania)

Nr domu

Ulica

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

 **DANE OJCA/OPIEKUNA**

 **DANE MATKI/OPIEKUNKI**

Imię Nazwisko

## Adres zamieszkania

Telefony kontaktowe (dom, praca, komórka, inne)

## Zakład pracy ojca/opiekuna

Imię Nazwisko

## Adres zamieszkania

Telefony kontaktowe (dom, praca, komórka, inne)

## Zakład pracy matki/opiekunki

Miejscowość

Kod

pocztowy

Nr lokalu

Nr domu

Ulica

Nr domu

Ulica

Miejscowość

Kod

pocztowy

Nr lokalu

Tel.

Gdzie

Tel.

Gdzie

Tel.

Gdzie

Tel.

Gdzie

Tel.

Gdzie

Tel.

Gdzie

Zawód wyuczony

Zawód wyuczony

Miejscowość

Kod

pocztowy

Nr domu

Ulica

Nazwa

Nazwa

Nr domu

Ulica

Miejscowość

Kod

pocztowy

 **POBYT DZIECKA W PRZEDSZKOLU**

**Dziecko będzie korzystać**

**z posiłków**

(zaznaczyć krzyżykiem):

**Godziny pobytu dziecka**

**od: do:**

śniadanie,
 obiad,
podwieczorek

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO

**PRYWATNEGO PRZEDSZKOLA ARTYSTYCZNO-JĘZYKOWEGO**

**KIDS’ ACADEMY**

w Białymstoku

rok szkolny …………./…………….

**Dodatkowe informacje o dziecku:**

Informacje o stanie zdrowia dziecka:

Wskazania bądź przeciwwskazania poradni specjalistycznych wydane w wyniku przeprowadzonych badań lub leczenia szpitalnego

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

Dziecko jest uczulone na………………………………………………………………………………………

Dziecko będzie/nie będzie uczęszczało na zajęcia religii rzymskokatolickiej

Do odbioru dziecka upoważnione są osoby:

Imię i nazwisko nr telefonu nr dowodu osobistego

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

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

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

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

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

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

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

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

Białystok, dnia…………………….. Podpis rodziców/opiekunów prawnych

 □ Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że dyrektor szkoły w celu weryfikacji podanych danych może zażądać niezwłocznego dostarczenia dokumentów potwierdzających stan faktyczny podany w Karcie Zgłoszenia.

 □ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu do celów edukacyjnych oraz celów związanych z realizacją przez szkołę zadań statutowych, zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000)

 □ Oświadczam, że wiem o moim prawie do wglądu, uzupełniania, uaktualniania, wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych zarówno moich jak i Dziecka danych osobowych.

Białystok, dnia…………………….. Podpis rodziców/opiekunów prawnych