|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK**  O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY | |
|  | Dyrektor  Niepublicznego Liceum Ogólnokształcącego  „MEDICAL” w Kłodzku  ul. Warty 21  57 – 300 Kłodzko |

**PROSIMY WYPEŁNIAĆ POLA CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE OSOBOWE KANDYDATA | | | | | | | | | | | | | | |
| imię (imiona) i nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | |
| data i miejsce urodzenia | | *dzień, miesiąc, rok, miejsce* | | | | | | | | | | | | |
| P E S E L | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| adres zamieszkania | | *kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania* | | | | | | | | | | | | |
| telefon kontaktowy/e-mail | |  | | | | | | | | | | | | |
| DANE OSOBOWE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH | | | | | | | | | | | | | | |
| imię i nazwisko matki | |  | | | | | | | | | | | | |
| telefon kontaktowy/e-mail | |  | | | | | | | | | | | | |
| imię i nazwisko ojca | |  | | | | | | | | | | | | |
| telefon kontaktowy/e-mail | |  | | | | | | | | | | | | |
| Proszę o przyjęcie mojego dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( imię i nazwisko)  w roku szkolnym \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do klasy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Niepublicznego Liceum Ogólnokształcącego „MEDICAL” w Kłodzku o profilu:  *(zaznaczyć „X”)*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | PRZYRODNICZO – MEDYCZNYM | DZIENNIKARSKIM | LINGWISTYCZNYM | SPORTOWYM  (piłka nożna) | OGÓLNYM |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | NLO „MEDICAL”  w Kłodzku jest szkołą – *zaznaczyć „X”* | I wyboru | II wyboru | III wyboru | | | | | | | | | | | | | | | |
| DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy dziecko posiada opinię/orzeczenie wydane przez Poradnię psychologiczno**- **pedagogiczną** (o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności) | | | | | | | | | | | * TAK * NIE | | | |
| typ opinii/orzeczenia  (rodzaj niepełnosprawności) |  | | | | | | | | | | | | | |
| dodatkowe informacje o dziecku (alergie, choroby) |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| OCENY KLASYFIKACYJNE ZA I PÓŁROCZE BIEŻĄCEGO ROKU SZKOLNEGO | | | | | | | | | | | | | | |
| język polski |  | | | | | | | | | | | | | |
| język angielski |  | | | | | | | | | | | | | |
| matematyka |  | | | | | | | | | | | | | |
| zachowanie |  | | | | | | | | | | | | | |
| DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM: | | | | | | | | | | | | | | |
| Kopia/oryginał świadectwa ukończenia szkoły podstawowej | | | | | | | | | | |  | | | |
| Kopia/oryginał zaświadczenia o wynikach egzaminu ósmoklasisty | | | | | | | | | | |  | | | |
| Kserokopia skróconego aktu urodzenia (oryginał do wglądu) | | | | | | | | | | |  | | | |
| Karta zdrowia ucznia | | | | | | | | | | |  | | | |
| Dwa zdjęcia podpisane ołówkiem (*imię i nazwisko*) | | | | | | | | | | |  | | | |
| Zdjęcie legitymacyjne na płycie CD w formacie JPG lub JPEG | | | | | | | | | | |  | | | |
| OŚWIADCZENIE | | | OŚWIADCZENIE W ZAKRESIE DANYCH OSOBOWYCH | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Oświadczamy, że znamy i akceptujemy regulamin przyjęć obowiązujący w szkole. | | | Zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 obowiązującego od 25 maja 2018 r., przyjmuję do wiadomości iż administratorem danych jest: Niepubliczne Liceum Ogólnokształcące „MEDICAL” w Kłodzku, ul. Warty 21, 57-300 Kłodzko (treść pełnej klauzuli na końcu dokumentu) | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *miejscowość, data podpis rodzica/opiekuna prawnego* | | | | | | | | | | | | | | |

**Zgoda na wykorzystanie wizerunku dziecka**

1. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku (utrwalonego w postaci zdjęć, filmów) przez Niepubliczne Liceum Ogólnokształcące Medical w Kłodzku w celu podejmowania działań edukacyjnych, prowadzenia konkursów, promocji osiągnięć i utrwalania pozytywnego wizerunku w szczególności na potrzeby działalności promocyjno­marketingowej szkoły.
2. Zakres możliwości wykorzystania wizerunku:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czynność | TAK\* | NIE\* |
| publikacja na stronie internetowej szkoły |  |  |
| publikacja na oficjalnym portalu Facebook szkoły |  |  |
| zamieszczenie w broszurach i ulotkach promocyjnych |  |  |
| zamieszczenie w kronikach i albumach pamiątkowych |  |  |
| publikacja na oficjalnym kanale placówki na stronie YouTube szkoły |  |  |

*\*proszę wstawić znak „X” zgodnie ze swoją wolą*

1. Jestem świadomy/a, że mam prawo do dostępu do treści moich danych, ich poprawiania, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz żądania uzupełnienia, sprostowania lub usunięcia.
2. Dane osobowe będą przetwarzane do dnia wycofania zgody, również po ukończeniu okresu nauczania.
3. Oświadczam, że jestem świadoma/y dobrowolności wyrażenia zgody oraz możliwości jej wycofania w każdym momencie, które będzie skutkowało zaprzestaniem wykorzystywania mojego wizerunku w ww. celach. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie niniejszej zgody przed jej wycofaniem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*podpis rodziców/opiekunów prawnych*

Wizerunek ucznia przetwarzamy na podstawie wyrażonej powyżej zgody na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO w celu promocji działań prowadzonych przez Administratora. Dane te mogą być przetwarzane w zakresie podanym w punkcie 2 oraz udostępniane innym pracownikom przy wykorzystaniu narzędzi informatycznych. Dane w postaci wizerunku będą przetwarzane do czasu wycofania zgody.

Pełna klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych znajduje się na naszej stronie internetowej pod adresem: https://liceum.klodzko.pl

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Niepubliczne Liceum Ogólnokształcące Medical w Kłodzku z siedzibą przy ul. Warty 21, 57-300 Kłodzko;
2. Z Administratorem można się kontaktować:

* telefonicznie pod numerem: 74 662 90 58 / tel. 74 867 13 02
* mailowo na adres skrzynki: sekretariat@liceum.klodzko.pl

1. Powołany Inspektor Ochrony Danych: Rafał Guzik; kontakt: abi@vp.pl
2. Dane osobowe uczniów przetwarzane są w celach:
   1. wynikających z procesu kształcenia zgodnie z Ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe;
   2. realizacji zawartej umowy,
   3. wykonywania obowiązków statystycznych, rachunkowych i sprawozdawczych Administratora,
   4. marketingu usług świadczonych przez Administratora w tym wizerunek,
   5. zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia poprzez monitoring wizyjny,
   6. archiwizacji;
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
   1. art. 6 ust 1 lit. a) RODO, tj. zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym w celach określonych w pkt 4 lit. d);
   2. art. 6 ust 1 lit. b) RODO, tj. umowa zawarta pomiędzy uczniem i/lub opiekunem prawnym, a Administratorem;
   3. art. 6 ust 1 lit. c) RODO, tj. wypełnienie obowiązków prawnych ciążących na Administratorze;
   4. art. 6 ust 1 lit. f) RODO, tj. realizacja prawnie uzasadnionego interesu administratora jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa osób i mienia również poprzez stosowanie monitoringu wizyjnego;
4. Dane osobowe ucznia i/lub opiekuna prawnego mogą zostać udostępnione wewnętrznym jednostkom organizacyjnym Administratora, podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora na podstawie zawartych umów oraz innym organom lub podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów;
5. Administrator może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie danych osobowych w imieniu Administratora, w szczególności będą to podmioty dostarczające i utrzymujące oprogramowanie wykorzystywane w celu przetwarzania danych uczniów;
6. Administrator będzie przechowywał dane osobowe przez okres zgodny z przepisami ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe. Natomiast, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zgody, nie dłużej niż do momentu jej wycofania;
7. Dane osobowe uczniów i/lub opiekunów prawnych nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu, a także nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
8. Każdemu uczniowi i/lub opiekunowi prawnemu przysługuje prawo dostępu do danych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, niepodlegania decyzjom opartym wyłącznie na profilowaniu, wycofania zgody, gdy dane są przetwarzane na podstawie udzielonej zgody;
9. Każdemu uczniowi i/lub opiekunowi prawnemu przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku podejrzenia, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora z naruszeniem przepisów prawa;
10. Obowiązek podania danych osobowych wynika z przepisów ustawy z ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe. Niepodanie tych danych uniemożliwi realizację procesu kształcenia. Podanie danych osobowych w pozostałym zakresie nie jest obowiązkowe, aczkolwiek niezbędne do realizacji celów, do których będą zbierane.

**WKŁADKA DO WNIOSKU**

o przyjęcie do szkoły

(dla kandydatów ubiegających się o przyjęcie do oddziału sportowego)

|  |
| --- |
| Przynależność klubowa/nazwa klubu: |
| Nazwisko trenera prowadzącego i telefon kontaktowy: |
| Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji do oddziału sportowego w Niepublicznym Liceum Ogólnokształcącym „MEDICAL” w Kłodzku. Jednocześnie wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w teście sprawności fizycznej.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *podpis kandydata podpis rodziców/opiekunów prawnych* |
| Wyrażam zgodę na uczęszczanie dziecka do oddziału sportowego oraz na jego udział w treningach, zawodach i obozach sportowych. Przyjmuję do wiadomości, że uczeń niekwalifikujący się do dalszego szkolenia na podstawie opinii trenera i zaświadczenia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej lub innego uprawnionego lekarza, zostanie przeniesiony od nowego roku szkolnego lub nowego semestru do oddziału ogólnego.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *podpis kandydata podpis rodziców/opiekunów prawnych* |