



# Międzynarodowa Szkoła Podstawowa Edukacji Innowacyjnej w Łodzi

PROSIMY WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI

---

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

ROK SZKOLNY \_\_\_\_\_

KLASA \_\_\_\_\_

### CZEŚĆ A – informacje o uczniu

IMIE/IMIONA UCZNIĄ: \_\_\_\_\_

NAZWISKO UCZNIĄ: \_\_\_\_\_

DATA URODZENIA: \_\_\_\_\_

NR PESEL UCZNIĄ: \_\_\_\_\_

MIEJSCE URODZENIA (kraj/miasto): \_\_\_\_\_

NARODOWOŚĆ: \_\_\_\_\_

#### ADRES ZAMELDOWANIA:

kraj: \_\_\_\_\_

powiat: \_\_\_\_\_

województwo: \_\_\_\_\_

gmina: \_\_\_\_\_

kod i miejscowość: \_\_\_\_\_

ulica: \_\_\_\_\_

(nr domu i mieszkania)

#### ADRES ZAMIESZKANIA:

(w przypadku gdy adres zameldowania jest inny niż zamieszkania)

kraj: \_\_\_\_\_

powiat: \_\_\_\_\_

województwo: \_\_\_\_\_

gmina: \_\_\_\_\_

kod i miejscowość: \_\_\_\_\_

ulica: \_\_\_\_\_

(nr domu i mieszkania)

1. Proszę podać nazwę i dokładny adres szkoły rejonowej dziecka.

---

---

2. Jeśli dziecko uczęszczało dotychczas do innej szkoły niż rejonowa, proszę podać nazwę i dokładny adres tej placówki.

---

---

3. Czy dziecko ma kartę pobytu zezwalającą na osiedlenie się na terytorium RP?  
(w przypadku posiadania przez dziecko innej narodowości niż polska)

---

---

4. Czy mieszkaliście Państwo kiedyś za granicą (pół roku i dłużej)?

TAK

NIE

5. Proszę określić poziom znajomości przez dziecko języków:

JĘZYK	STOPIEŃ ZNAJOMOŚCI (ojczysty, biegły, średniozaawansowany, podstawowy)
POLSKI	
ANGIELSKI	
NIEMIECKI	
(inny) _____	
(inny) _____	

6. Proszę krótko opisać zainteresowania dziecka.

---

---

---

---

7. Czy dziecko może uczestniczyć we wszystkich zajęciach sportowych?

TAK

NIE

Jeśli nie, proszę określić w jakich lub/i jakich ćwiczeń nie może wykonywać

---

---

8. Czy dziecko jest astmatykiem?

TAK

NIE

9. Czy dziecko jest alergikiem?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę określić rodzaj alergii:

---

---

10. Czy poza astmą lub alergią występują inne czynniki zdrowotne, które mogą wpływać na udział dziecka w zajęciach wychowania fizycznego?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie?

---

---

11. Czy dziecko regularnie przyjmuje leki, które mogą wpływać na jego samopoczucie? Jeśli tak, proszę podać jakie?

---

---

12. Czy u dziecka stwierdzono dysfunkcje rozwojowe: dysgrafia / dysleksja / dyskalkulia / dysortografia ?

---

---

13. Czy u dziecka stwierdzono nadpobudliwość psychoruchową (ADHD / deficyt uwagi / trudności z koncentracją / inne)?

---

---

14. Czy dziecko jest pod opieką poradni psychologiczno – pedagogicznej? Jeśli tak, proszę podać jakiej.

---

---

15. Inne uwagi na temat dziecka:

---

---

16. Czy dziecko posiada opinie / orzeczenie z poradni psychologiczno – pedagogicznej?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę podać nazwę placówki \_\_\_\_\_

numer opinii / orzeczenia \_\_\_\_\_

## **CZĘŚĆ B – informacje o opiekunach prawnych i płatnościach**

### **DANE MATKI**

**IMIĘ I NAZWISKO:** \_\_\_\_\_

**NR TEL. KOMÓRKOWEGO:** \_\_\_\_\_

**PESEL:** \_\_\_\_\_

**ADRESY E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**ADRES ZAMELDOWANIA:** \_\_\_\_\_  
(kraj/ulica i nr/kod i miejscowość)

**ADRES ZAMIESZKANIA:** \_\_\_\_\_  
(w przypadku gdy adres zameldowania jest inny niż zamieszkania)

### **DANE OJCA**

**IMIĘ I NAZWISKO:** \_\_\_\_\_

**NR TEL. KOMÓRKOWEGO:** \_\_\_\_\_

**PESEL:** \_\_\_\_\_

**ADRESY E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**ADRES ZAMELDOWANIA:** \_\_\_\_\_  
(kraj/ulica i nr/kod i miejscowość)

**ADRES ZAMIESZKANIA:** \_\_\_\_\_  
(w przypadku gdy adres zameldowania jest inny niż zamieszkania)

1. Kto będzie regulował płatności za naukę dziecka w szkole?

OPIEKUNOWIE

FIRMA

Jeśli odpłatność za szkołę pokrywa firma proszę podać następujące dane:

- Pełna nazwa firmy:

---

---

- Adres firmy (ulica i nr/kod i miejscowość/kraj):

---

---

- NIP firmy: \_\_\_\_\_

- Imię i nazwisko oraz telefon do osoby, z którą należy się kontaktować w sprawie wystawiania faktur:

---

2. W jakim trybie będzie regulowana płatność za szkołę?

JEDNORAZOWO  
(do 30 września)

W 11 RATACH

3. W jaki sposób dowiedzieliście się Państwo o szkole?

Facebook

Strona internetowa

Rodzic dziecka uczącego się w szkole (proszę podać imię i nazwisko rodzica)

---

Inne \_\_\_\_\_

Oświadczam, iż wszystkie dane podane przeze mnie w części A i B formularza zgłoszeniowego są prawdziwe. Jestem świadom/a, iż podanie jakichkolwiek fałszywych danych dotyczących dziecka może spowodować usunięcie dziecka ze szkoły oraz poniesienie konsekwencji prawnych.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Podpis opiekuna prawnego

## **CZĘŚĆ B – zgody / zezwolenia**

### 1. ZDJĘCIA I PRASA

Konkursy oraz zajęcia organizowane przez Międzynarodową Szkołę Podstawową Edukacji Innowacyjnej w Łodzi mogą wzbudzać zainteresowanie prasy. Ponadto chcielibyśmy wykorzystywać zdjęcia dzieci uczących się w szkole w materiałach informacyjnych i promocyjnych naszej szkoły. Proszę określić swoje stanowisko w tej sprawie poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola.

Wyrażam zgodę na publikację zdjęć mojego dziecka w materiałach promocyjnych szkoły bez ograniczeń.

Nie wyrażam zgody na publikowanie zdjęć mojego dziecka w materiałach promocyjnych szkoły.

Wyrażam zgodę na publikację zdjęć mojego dziecka w mediach bez ograniczeń.

Nie wyrażam zgody na publikację zdjęć mojego dziecka w mediach.

Proszę zauważyć, że pracownicy szkoły mogą ograniczyć dostęp dziennikarzy do dzieci tylko na terenie Międzynarodowej Szkoły Podstawowej Edukacji Innowacyjnej w Łodzi. Pracownicy szkoły nie mają wpływu na zdjęcia zrobione poza terenem szkoły oraz w miejscach publicznych.

---

Miejscowość i data

---

Podpis opiekuna prawnego

### 2. WYCIECZKI ORGANIZOWANE PRZEZ SZKOŁĘ W RAMACH ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

W trakcie roku szkolnego dzieci będą miały możliwość wyjazdu na wycieczki organizowane przez szkołę. W takich wypadkach wymagana jest zgoda rodziców. Dziecko nie będzie mogło brać udziału w wycieczkach bez Państwa zgody.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wycieczkach organizowanych przez Międzynarodową Szkołę Podstawową Edukacji Innowacyjnej w Łodzi.

---

Miejscowość i data

---

Podpis opiekuna prawnego

### 3. SAMOD ZIELNY POWRÓT DZIECKA DO DOMU PO ZAJĘCIACH LEKCYJNYCH

W przypadku gdy dziecko będzie wracało ze szkoły samodzielnie po lekcjach (nawet okazjonalnie) proszę o podpisanie poniższego oświadczenia.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka ze szkoły do domu po zajęciach lekcyjnych i że jestem świadom, iż odpowiedzialności za dziecko w trakcie powrotu do domu nie ponosi szkoła.

\_\_\_\_\_

Miejscowość i data

\_\_\_\_\_

Podpis opiekuna prawnego

Proszę o zaznaczenie właściwej opcji:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Dziecko będzie wracało samodzielnie zawsze

Dziecko będzie wracało samodzielnie okazjonalnie

Dziecko jest zobowiązane do każdorazowego powiadomienia pracowników sekretariatu o chęci opuszczenia budynku po zakończonych lekcjach. W przypadku samodzielnych wyjść okazjonalnych rodzice są zobowiązani do wcześniejszego poinformowania pracowników sekretariatu szkoły.

### 4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UDZIAŁU UCZNIĄ W ZAJĘCIACH Z ETYKI / RELIGII\*

Oświadczam, że mój syn / moja córka\* \_\_\_\_\_  
będzie uczestniczyć w zajęciach z **etyki / religii**\*

\*niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_

Miejscowość i data

\_\_\_\_\_

Podpis opiekuna prawnego

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz.U. z2002 r. nr101, poz. 926 ze zm.) informuję Pana/Panią, że administrator danych osobowych tj. Międzynarodowa Szkoła Podstawowa Edukacji Innowacyjnej w Łodzi, 90-225 Łódź, ul Pomorska 83/85 zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/Pani oraz dane osobowe dziecka – ucznia Szkoły w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków wynikających z celów statutowych.

\_\_\_\_\_

Podpis opiekuna prawnego



**Międzynarodowa Szkoła Podstawowa  
Edukacji Innowacyjnej w Łodzi**

## **OŚWIADCZENIE (mama)**

Ja, \_\_\_\_\_, legitymujący/ a się dowodem osobistym  
(imię i nazwisko rodzica)

nr \_\_\_\_\_ oświadczam, że jako rodzic \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko ucznia)

wyrażam zgodę na podjęcie nauki przez moje dziecko w Międzynarodowej Szkole Podstawowej Edukacji Innowacyjnej w Łodzi. Oświadczam również, że nie jestem pozbawiony/a władzy rodzicielskiej, ani nie została ona wobec mnie sądownie ograniczona.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis)





**Międzynarodowa Szkoła Podstawowa  
Edukacji Innowacyjnej w Łodzi**

## **OŚWIADCZENIE (tata)**

Ja, \_\_\_\_\_, legitymujący/ a się dowodem osobistym  
(imię i nazwisko rodzica)

nr \_\_\_\_\_ oświadczam, że jako rodzic \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko ucznia)

wyrażam zgodę na podjęcie nauki przez moje dziecko w Międzynarodowej Szkole Podstawowej Edukacji Innowacyjnej w Łodzi. Oświadczam również, że nie jestem pozbawiony/a władzy rodzicielskiej, ani nie została ona wobec mnie sądownie ograniczona.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis)

## **Informacja dla ucznia/słuchacza lub rodzica ucznia Szkół Edukacji Innowacyjnej prowadzonych przez Instytut Postępowania Twórczego sp. z o.o. w Łodzi**

Informujemy, że Administratorem danych osobowych (podmiotem ustalającym cele i sposoby przetwarzania danych osobowych) uzyskanych od ucznia/słuchacza lub rodzica ucznia jest Instytut Postępowania Twórczego sp. z o.o. w Łodzi, adres korespondencyjny: 90-213 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 52, adres poczty elektronicznej: ipt@ipt.pl. Dane kontaktowe Inspektora Danych Osobowych są tożsame z danymi kontaktowymi Administratora wskazanymi w zdaniu poprzednim.

Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji procesu rekrutacji, przebiegu kształcenia i działań związanych z monitorowaniem i egzekucją opłat w Szkołach Edukacji Innowacyjnej prowadzonych przez Instytut Postępowania Twórczego sp. z o.o. w Łodzi, jak też w celach archiwalnych oraz zgodnie treścią udzielonych Administratorowi zgód. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz.U.2018.996 j.t. ze zm.) w związku z trybem i warunkami rekrutacji ustalonymi przez Instytut Postępowania Twórczego sp. z o.o. w Łodzi. Konsekwencją niepodania danych jest wstrzymanie postępowania rekrutacyjnego. Podstawą prawną przetwarzania są czynności związane z wykonaniem umowy, wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikające z przepisów o systemie oświaty oraz może być zgoda osoby, której dane dotyczą.

Dane dotyczące przebiegu kształcenia będą przetwarzane zgodnie z terminami wskazanymi w przepisach o systemie oświaty i powinny być archiwizowane przez 50 lat. Dane dotyczące wykonania umowy stanowiącej podstawę do świadczenia usług edukacyjnych będą archiwizowane przez 10 lat (z uwagi na ogólne i szczególne terminy przedawnienia roszczeń). Dane przetwarzane w celach marketingowych będą przetwarzane do czasu, w którym ustanie cel dla którego zostały zebrane lub sprzeciwu, co do przetwarzania danych osobowych osoby, której dane dotyczą, w zależności co nastąpi pierwsze. Każdy ma prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych i wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Każdy ma prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, którą udzielił Administratorowi. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem. Każdy ma prawo do wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, którym od 25 maja 2018 r. jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Wszelkie uprawnienia osoby, której dane dotyczą można wykonać przez złożenie oświadczenia wykorzystując dane kontaktowe Administratora lub Inspektora Danych Osobowych wskazane we wstępie.

W zakres czynności przetwarzania danych osobowych wchodzi profilowanie danych, czyli zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych w celu oceny określonych czynników osobowych, poprzez analizę i prognozę w szczególności takich aspektów jak efekty pracy, sytuacja ekonomiczna, zdrowie, preferencje osobiste, zainteresowania, wiarygodność, zachowanie, lokalizacja oraz przemieszczenie się. Skutkami czynności, o których mowa w zdaniu poprzednim jest dobór oferty handlowej i ewentualne przesyłanie korespondencji marketingowej. Sprzeciw w stosunku do czynności profilowania, jak również wszelkie inne uprawnienia osoby, której dane dotyczą można wykonać przez złożenie oświadczenia wykorzystując dane kontaktowe Administratora lub Inspektora Danych Osobowych wskazane we wstępie.

Wyrażone poniżej zgody obowiązują także po zakończeniu kształcenia objętego umową.

[ ] \* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wszystkich przekazanych przeze mnie informacji dla potrzeb rejestracji, postępowania rekrutacyjnego, a następnie dokumentowania przebiegu studiów, zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2014.1182 j.t. ze zm.), a także na potrzeby przyszłych rekrutacji prowadzonych przez Instytut Postępowania Twórczego sp. z o.o. w Łodzi.

\* zgoda obligatoryjna

[ ] Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych (w szczególności oferty edukacyjnej) za pośrednictwem poczty elektronicznej, telefonu stacjonarnego lub wiadomości SMS (Short Message Service) zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U.2013.1422 j.t.) oraz ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U.2016.1489 j.t.) dotyczących Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi (ul. Sterlinga nr 26, 90-212 Łódź) oraz Instytutu Postępowania Twórczego sp. z o.o. w Łodzi (ul. Rewolucji 1905 r. nr 52, 90-213 Łódź).

[ ] Wyrażam na rzecz Instytutu Postępowania Twórczego sp. z o.o. w Łodzi zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie przez tę spółkę lub przez inne osoby działające na jej zlecenie mojego wizerunku oraz na utrwalanie, zapisywanie i zwielokrotnianie tego wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie w materiałach marketingowych służących reklamie lub promocji spółki i wszelkiego rodzaju prowadzonej przez nią działalności naukowej, edukacyjnej i dydaktycznej, na terenie Polski i za granicą, przez okres 5 lat od złożenia niniejszego oświadczenia (w tym poprzez zamieszczenie w postaci cyfrowej w sieci Internet, a także w formie zdjęć, filmów, plakatów, folderów reklamowych, ulotek, kalendarzy, bannerów, prezentacji multimedialnych, ogłoszeń, reklam itp., emitowanych za pomocą różnych nośników, w szczególności wydruków papierowych oraz sieci Internet i telewizji) - korzystanie z utrwalonego wizerunku we wskazanych wyżej celach może nastąpić bez udostępnienia mi ostatecznej wersji materiałów z moim wizerunkiem.

---

Podpis opiekuna prawnego

## FORMULARZ DLA RODZICÓW UCZNIA SZKOŁY PODSTAWOWEJ

Nazwisko i imię ucznia \_\_\_\_\_ klasa \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Tel. kom. mamy \_\_\_\_\_ tel. kom. taty \_\_\_\_\_ adres e-mail \_\_\_\_\_

Kogo powiadomić w razie choroby dziecka i niemożności uzyskania kontaktu telefonicznego z rodzicami /nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, nr telefonu/ \_\_\_\_\_

*Informuję jednocześnie, że chore dziecko może być wydane tylko rodzicom, bądź osobie przez nich wskazanej, która wylegitymuje się dowodem osobistym. Uczeń chory nie może opuścić szkoły sam, bez opieki !*

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na objęcie dziecka pielęgniarską opieką medyczną zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008r. Nr 164 poz 1027 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2013 poz 1248)

TAK / NIE

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na podawanie leków przez pielęgniarkę szkolną, do których podawania bez zalecenia lekarskiego jest upoważniona na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. (Dz. U. Nr. 210 poz. 1540) a w które wyposażona jest szkolna apteczka I-szej pomocy.

TAK / NIE

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe/jakie?/ \_\_\_\_\_

Czy pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej/jakiej?/ \_\_\_\_\_

Czy jest uczulone na leki, pokarmy/jakie?/ \_\_\_\_\_

Czy zażywa jakieś leki na stałe/jakie?/ \_\_\_\_\_

Czy w razie wystąpienia gorączki podać dziecku leki przeciwgorączkowe:

NIE / TAK /jakie?/ \_\_\_\_\_

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na profilaktykę fluorkową dziecka w czasie trwania jego nauki w szkole podstawowej

TAK / NIE

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na sprawdzenie czystości głowy dziecka w sytuacji wystąpienia w szkole przypadków wszawicy bądź zagnidzenia.

TAK / NIE

Data \_\_\_\_\_ Podpis rodzica/ opiekuna \_\_\_\_\_

W przypadku zmiany decyzji w w/w sprawach – proszę o pisemną informację.

Przypominam o konieczności dostarczenia do gabinetu pielęgniarki szkolnej karty badania profilaktycznego ucznia klasy „0” (tzw. bilans). Dotyczy uczniów klasy pierwszej szkoły podstawowej.