



Międzynarodowa Szkoła Podstawowa Edukacji Innowacyjnej w Łodzi

PROSIMY WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

ROK SZKOLNY _____

KLASA _____

CZĘŚĆ 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 ćwiczeniach 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 _____

CZEŚĆ 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. SAMODZIELNY 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

..... klasa.....

.....
(Imię i Nazwisko ucznia)

PESEL ucznia (11 cyfr)

PROSZĘ PODAĆ :

1. NAZWĘ I ADRES Placówki / POZ/ NZOZ/ brak wyboru ŚWIADCZENIODAWCY*

.....

Lekarz wybrany NAZWISKO LEKARZA / brak wyboru lekarza*

.....

2. **AKTUALNY ADRES ZAMELDOWANIA I ZAMIESZKANIA -pobytu**

Zameldowania

Pobytu

AKTUALNY KONTAKT TELEFONICZNY (DOMOWY, PRACY, OSOBISTY, RODZINY)

Mama praca

Tata praca

RODZINA (do kogo)

W przypadku zmiany nr. telefonu proszę o zgłoszenie aktualnego kontaktu.

1. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na podanie przez pielęgniarkę w razie potrzeby leków przeciwbólowych / obniżających temperaturę? TAK /NIE

Jakie leki dziecko dostaje w domu w przypadku bólu głowy, brzucha?

.....

Zmianę decyzji dotyczącej zgody na podanie leków w szkole prosimy składać pisemnie do pielęgniarki.

2. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na uczestniczenie dziecka we fluoryzacji TAK/NIE
Jeśli NIE proszę o dostarczenie zwolnienia na piśmie w ciągu 7 dni

3. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na kontrolę higieny w przypadkach koniecznych TAK /NIE

4. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na uczestniczenie dziecka w bezpłatnych programach profilaktycznych realizowanych na terenie szkoły (kl.I-VI) TAK/NIE

5. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności TAK /NIE (Jeśli TAK kopię proszę dostarczyć do gabinetu profilaktycznego w ciągu 14 dni)

Data.....

Podpis.....

* Właściwe podkreślić