

# KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO ŚWIETLICY SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 17 IM. GEN. JÓZEFA BEMA W TORUNIU

(Kartę wypełniają rodzice/ prawni opiekunowie dziecka)

Proszę o przyjęcie do świetlicy szkolnej ze względu na czas pracy rodziców/ prawnych opiekunów.

.....  
Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka: .....

Klasa: .....

Adres zamieszkania dziecka:  
.....

PESEL

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

### DANE O SYTUACJI RODZINNEJ DZIECKA

Informacje o rodzicach /prawnych opiekunach dziecka:

<b>MATKA (PRAWNA OPIEKUNKA)</b>	<b>OJCIEC (PRAWNY OPIEKUN)</b>
Imię i nazwisko:	Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:	Adres zamieszkania:
Tel. kontaktowy:	Tel. kontaktowy:

Proszę o podanie numerów telefonu do osób, które należy powiadomić w razie wypadku i braku możliwości kontaktu z rodzicami (stopień pokrewieństwa) :

L.P	NAZWISKO I IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	NR TELEFONU	PODPIS (WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE MOICH DANYCH)
1.				
2.				

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, iż przedłożone przeze mnie w niniejszej karcie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
data i podpis matki /prawnej opiekunki

.....  
data i podpis ojca/prawnego opiekuna

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie w celach związanych z przyjęciem i pobytem dziecka w świetlicy danych osobowych naszych i dziecka przez Dyrektora szkoły zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych:

**TAK / NIE**

.....  
*data i podpis matki /prawnej opiekunki*

.....  
*data i podpis ojca/prawnego opiekuna*

2. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na publikowanie wizerunku dziecka w materiałach informacyjnych szkoły.

**TAK / NIE**

.....  
*data i podpis matki /prawnej opiekunki*

.....  
*data i podpis ojca/prawnego opiekuna*

3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka w związku z realizacją celów zdrowotnych:

**TAK / NIE**

.....  
*data i podpis matki /prawnej opiekunki*

.....  
*data i podpis ojca/prawnego opiekuna*

**INFORMACJA O ODBIORZE DZIECKA ZE ŚWIETLICY  
SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 17 IM. GEN. JÓZEFA BEMA W TORUNIU**

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(klasa)

**WARIANT 1**

Oświadczam, że będę odbierać dziecko osobiście lub wyłącznie niżej wymienione osoby (stopień pokrewieństwa):

L.P.	NAZWISKO I IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO	PODPIS
1.				
2.				
3.				

**WARIANT 2**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka do domu.

Wyjście ze świetlicy szkolnej (dni i godziny)

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

Jednocześnie informuję, że ponoszę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót dziecka do domu

**WARIANT 3**

Wyrażam zgodę i biorę pełną odpowiedzialność za powrót dziecka do domu pod opieką osoby małoletniej – rodzeństwa  
**(powyżej 13 roku życia) wymienionych poniżej**

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia .....

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia .....

Mam świadomość, że świetlica szkolna odpowiada za bezpieczeństwo dziecka w godzinach swojej pracy, czyli **7.00 – 16.30.**

.....  
data i podpis matki /prawnej opiekunki

.....  
data i podpis ojca/prawnego opiekuna

**OŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU  
RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW WNIOSKUJĄCYCH  
O PRZYJĘCIE DZIECKA DO ŚWIETLICY SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 17  
IM. GEN. JÓZEFA BEMA W TORUNIU**

1. Dane dziecka:

IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
KLASA	

2. Informacje o zatrudnieniu matki/opiekunki prawnej

Imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej: .....

Nazwa i dokładny adres pracodawcy (kod, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu, nr telefonu):

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i kompletne. Wyrażam zgodę na weryfikację przez Szkołę danych dotyczących mojego zatrudnienia w zakresie objętym niniejszym dokumentem. Weryfikacja może odbyć się w formie telefonicznego, elektronicznego lub osobistego kontaktu pracownika Szkoły z pracodawcą.

Data i podpis: .....

3. Informacje o zatrudnieniu ojca/opiekuna prawnego

Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego: .....

Nazwa i dokładny adres pracodawcy (kod, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu, nr telefonu):

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i kompletne. Wyrażam zgodę na weryfikację przez Szkołę danych dotyczących mojego zatrudnienia w zakresie objętym niniejszym dokumentem. Weryfikacja może odbyć się w formie telefonicznego, elektronicznego lub osobistego kontaktu pracownika Szkoły z pracodawcą.

Data i podpis: .....