



Zespół Szkół w Mieście Obrzycko

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO ŚWIETLICY SZKOLNEJ ZESPÓŁU SZKÓŁ W MIEŚCIE OBRZYCKO W ROKU SZKOLNYM 2023/2024

Kartę wypełniają rodzice lub prawni opiekunowie dziecka

Proszę o przyjęcie do świetlicy szkolnej:

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia dziecka

Klasa

Adres zamieszkania dziecka.....

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych:

1. matki

2. ojca

Numery telefonów:

1. matki

2. ojca

Miejsce pracy i numery telefonów:

1. matki

2. ojca

Ważne informacje o zdrowiu dziecka (stałe choroby, dolegliwości, powody do szczególnej uwagi ze strony wychowawcy):

.....

Oświadczam, iż przedłożone przeze mnie w niniejszej karcie informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Mam świadomość, iż świetlica szkolna odpowiada za bezpieczeństwo dziecka w godzinach swojej pracy: 7:00-16:00 . W przypadku jakichkolwiek zmian w sposobie odbioru lub powrotu dziecka do domu informacje w formie pisemnej należy przekazać bezpośrednio do wychowawcy dyżurującego w świetlicy.

W nagłych przypadkach numer telefonu do świetlicy szkolnej: 612913090

Mail do świetlicy szkolnej: swietlica@zsobrzycko.pl

.....
data, podpis rodzica/opiekuna prawnego



Zespół Szkół w Mieście Obrzycko

Deklarowane godziny, w których dziecko będzie przebywało w świetlicy szkolnej:

	RANO		POPOŁUDNIU	
	Od godz.	do godz.	od godz.	do godz.
PONIEDZIAŁEK				
WTOREK				
ŚRODA				
CZWARTEK				
PIĄTEK				

INFORMACJE O ODBIERANIU DZIECKA ZE ŚWIETLICY.

WARIANT 1

Oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka do domu, wyjście ze świetlicy szkolnej: poniedziałek godz., wtorek o godz., środa o godz., czwartek o godz., piątek o godz.

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

.....
data, podpis rodzica/opiekuna prawnego

WARIANT 2

Oświadczam, że będę odbierać dziecko osobiście lub wyłącznie przez niżej wymienione osoby:

-
(imię i nazwisko) (stopień pokrewieństwa) (seria i nr dowodu osobistego)
-
(imię i nazwisko) (stopień pokrewieństwa) (seria i nr dowodu osobistego)
-
(imię i nazwisko) (stopień pokrewieństwa) (seria i nr dowodu osobistego)

.....
data, podpis rodzica/opiekuna prawnego

WARIANT 3

Wyrażam zgodę i biorę pełną odpowiedzialność za powrót dziecka pod opieką osoby małoletniej

.....
data, podpis rodzica/opiekuna prawnego

WARIANT 4

Wyrażam zgodę i biorę pełną odpowiedzialność za samodzielne przejście dziecka ze świetlicy szkolnej na dodatkowe zajęcia/kółka, próby, poprawy sprawdzianów itp.

.....
data, podpis rodzica/opiekuna prawnego



Zespół Szkół w Mieście Obrzycko

**Klauzula informacyjna znajduje się na stronie internetowej Zespołu Szkół w Mieście
Obrzycko**

- zakładka *RODO* www.zsobrzycko.pl

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest

Zespół Szkół w Mieście Obrzycko z siedzibą na placu Lipowym 12, 64-520 Obrzycko.

Kontakt do IOD: iod@zsobrzycko.pl
