



ZESPÓŁ SZKÓŁ W PIASKACH

ul. Partyzantów 19, 21-050 Piaski, tel. (81) 58-21-001
www.zspiaski.pl e-mail: sekretariat@zspiaski.pl

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZNIA ZESPOŁU SZKÓŁ W PIASKACH

DANE UCZNIA

IMIONA													
NAZWISKO													
PESEL	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ADRES ZAMIESZKANIA													
NR TELEFONU													
ADRES E-MAIL													

DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

DANE MATKI /OPIEKUNA PRAWNEGO	IMIĘ I NAZWISKO	
	ADRES ZAMIESZKANIA	
	NR TELEFONU	
	ADRES E-MAIL	
DANE OJCA /OPIEKUNA PRAWNEGO	IMIĘ I NAZWISKO	
	ADRES ZAMIESZKANIA	
	NR TELEFONU	
	ADRES E-MAIL	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w celach administracyjnych oraz przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem moich danych osobowych oraz dziecka jest Zespół Szkół w Piaskach z siedzibą przy ul. Partyzantów 19, 21-050 Piaski;
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest możliwy pod adresem: lukasz.kalinowski@cbi24.pl;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne;
4. dane osobowe będą przetwarzane w związku z procesem rekrutacyjnym;
5. dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
6. dokumenty rekrutacyjne zawierające dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat po ukończeniu szkoły przez Ucznia;
7. mam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, prawo do sprzeciwu oraz prawo do ich usunięcia;
8. mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdyż przetwarzanie moich danych osobowych naruszyłoby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Do kwestionariusza dołączam następujące załączniki:

OBOWIĄZKOWE	TAK	NIE
świadczenie ukończenia szkoły podstawowej		
zaświadczenie OKE egzaminu 8-klasisty		
orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu		
orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami ¹		
umowa z pracodawcą o praktyczną naukę zawodu ²		
karta zdrowia ucznia		
zdjęcie legitymacyjne 1 szt. lub zdjęcie w wersji elektronicznej formacie JPG		
DODATKOWE	TAK	NIE
opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej		
orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego		
orzeczenie o stopniu niepełnosprawności		
inne :		
DEKLARUJĘ	TAK	NIE
uczestnictwo w lekcjach religii		
uczestnictwo w lekcjach edukacji zdrowotnej		
DRUGI JĘZYK OBCY (WYBRAĆ TYLKO JEDEN) ³	TAK	NIE
język niemiecki		
język rosyjski		

¹Dotyczy uczniów uczących się w zawodach *technik pojazdów samochodowych* oraz *mechanik pojazdów samochodowych*

²Dotyczy uczniów szkoły branżowej I stopnia uczących się w zawodach innych niż *mechanik pojazdów samochodowych*

³Dotyczy uczniów Technikum i Liceum Ogólnokształcącego; deklaracja **nie oznacza** automatycznego przydzielenia do danej grupy językowej, decyduje liczba uczniów chętnych do nauki danego języka obcego.

.....
data i czytelny podpis kandydata

.....
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna