\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SZKOŁA PODSTAWOWA**

**IM. ORŁA BIAŁEGO W SOKOŁOWICACH**

Sokołowice 24, 56-400 Oleśnica

tel. 71 314 0232

email: [spsokolowice@olesnica.wroc.pl](mailto:spsokolowice@olesnica.wroc.pl)

www.spsokolowice.szkolnastrona.pl

**Informacja o udziale dziecka w oddziale wychowania przedszkolnego**

**w okresie 26.06.2023 r. do 31.08.2023 r.**

Informuję, że moje dziecko …………………………………………….. (imię i nazwisko dziecka) uczęszczające w roku szkolnym 2022/2023 do oddziału wychowania przedszkolnego ………………. (wpisać grupę: A, B, C) w Szkole Podstawowej im. Orła Białego w Sokołowicach będzie brało udział w okresie 26.06- 31.08.2023 r. w zajęciach zbiorczego oddziału wychowania przedszkolnego w następujących dniach i godzinach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tydzień** | **Zakres dat** | **Dzień tygodnia (proszę wymienić, lub wpisać wszystkie)** | **Godziny** | **Uwagi** |
| **1.** | **26.06- 30.06.2023 r.** |  |  |  |
| **2.** | **03.07-07.07.2023 r.** |  |  |  |
| **3.** | **10.07-14.07.2023 r.** |  |  |  |
| **4.** | **16.08-18.08.2023 r.** |  |  |  |
| **5.** | **21.08-25.08.2023 r.** |  |  |  |
| **6.** | **28.08-31.08.2023 r.** |  |  |  |

**Założenia pracy zbiorczego oddziału wychowania przedszkolnego:**

1. otwarcie jednego zbiorczego oddziału wychowania przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Sokołowicach

2. oddział funkcjonuje w dniach od 26.06.2023 do 14.07.2023 r. oraz w dniach 16.08.2023 r. do dnia 31.08.2023 r.

3. przerwy w funkcjonowaniu oddziałów wychowania przedszkolnego 16.07.2023 r. do 15.08.2023 r.

4.godziny funkcjonowania oddziału 8.00 do 15.00.

Do odbioru dziecka upoważniamy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i nazwisko upoważnianej osoby oraz stopień pokrewieństwa | Nr dowodu  osobistego | Telefon  kontaktowy | Uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZACE TREŚCI ZGŁOSZENIA   
I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

|  |
| --- |
| Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, w tym poświadczenia nieprawdy lub zatajenia prawdy.  Zobowiązuję się do informowania szkoły o wszelkich zmianach - nr telefonów, adresów oraz o chorobach i sytuacjach, które mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo i funkcjonowanie dziecka w Szkole Podstawowej im. Orła Białego w Sokołowicach.  Zobowiązuję się do zapoznania i przestrzegania Statutu Szkoły, regulaminów, procedur obowiązujących w szkole.  Na podstawie art.13 i 14 RODO administratorem danych jest Szkoła Podstawowa im. Orła Białego w Sokołowicach. Pobranie i przetwarzanie danych osobowych wskazanych w formularzu oparte jest na podstawie art. 6 ust.1 lit.a oraz art.9 ust.2 lit.a.- zgoda; art.6 ust.1 lit. c – realizacja zapisów prawnych; art.6 ust.1 lit. e – wykonywanie zadań publicznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych można uzyskać w siedzibie Szkoły Podstawowej im. Orła Białego w Sokołowicach lub na stronie WWW.  Zapoznałam/ zapoznałem się z treścią powyższych pouczeń  …………………… ………………………… ………….……………  *data miejscowość* *Podpis matki(prawnej opiekunki) Podpis ojca(prawnego opiekuna)* |

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………..

Miejscowość i data

*………………………………………………                             ……………………………………….*

*Podpis matki lub opiekunki prawnej                               Podpis ojca lub opiekuna prawnego*