Kraków, dnia …………………………………………

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA**

*do Niepublicznego Przedszkola Specjalnego Związku Polskich Kawalerów Maltańskich*

Proszę o przyjęcie do przedszkola mojego dziecka:

Nazwisko i imię dziecka ………………………..……………………………………………………………………………………………….……………………..

Data urodzenia ……………….………………………………………. pesel …………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania …………………….…………………………………, ………………………..…..…, ……………………….………………………..,

Miejscowość kod pocztowy gmina

…………………………………………………………………………….., ………………………………………………………………..

Ulica, numer domu, mieszkania

TELEFON kontaktowy : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy dziecko jest pod opieką Maltańskiego Centrum? TAK\* NIE\*

Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ? TAK \* NIE\*

Jeśli tak proszę podać ze względu na jaką niepełnosprawność : …………….………………………………………….………

Diagnoza medyczna, choroby współwystępujące:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………….…

Krótki opis funkcjonowania dziecka:   
(jak się komunikuje, jak się porusza, w jaki sposób spożywa posiłki, jak i czym lubi się bawić)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**POBYT DZIECKA W PRZEDSZKOLU**

Proszę zaznaczyć preferowaną grupę. Jeśli nie ma znaczenia jaka to będzie grupa proszę zaznaczyć obydwie.

* **GRUPA PORANNA (w godz. 08:00-13:00)** TAK \* NIE\*
* **GRUPA POPOŁUDNIOWA (w godz. 13:00-18:00)** TAK\* NIE\*
* **ŚWIETLICA (w godz. 07:30-08:00 i 13:00-16:00)**

PRZEZNACZONA DLA DZIECI Z GRUP PORANNYCH, KTÓRYCH OBOJE RODZICE PRACUJĄ:DOTYCZY\* NIE DOTYCZY\*

\*zaznaczyć właściwe

***Wypełniając niniejszą kartę zgłoszenia dziecka do przedszkola zobowiązuję się niezwłocznie poinformować przedszkole o zmianach w podanych wyżej informacjach dotyczących danych teleadresowych.***

………………………………………………………….

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

*Zgodnie z zapisami art. 13 RODO informujemy, że:*

1. *Administratorem Danych Osobowych jest Związek Polskich Kawalerów Maltańskich Suwerennego Rycerskiego Zakonu Szpitalników św. Jana Jerozolimskiego Zwanego Rodyjskim i Maltańskim, email: przedszkole@maltanskiecentrum.pl*
2. *Administrator wyznaczył Inspektora Danych Osobowych, z którym we wszelkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych można się kontaktować poprzez email:* [*iod@maltanskiecentrum.pl*](mailto:iod@maltanskiecentrum.pl)
3. *Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu świadczenia usług medycznych, przedszkolnych art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. a, oraz c RODO.*
4. *Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, na podstawie Ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe*
5. *Podane dane osobowe będą przetwarzane przez okres 6 lat od chwili zakończenia świadczenia usług przedszkolnych*
6. *Odbiorcami podanych danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa do ich uzyskania, jak również podmioty współpracujące w zakresie wymaganym do realizacji usług przedszkolnych oraz służby informatyczne.*
7. *Posiada Pan/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.*
8. *Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.*
9. *Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.*

………………………………………………………….

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

*Ja niżej podpisana/y…………………………………………………………………………….. Zgodnie z art.6 ust.1 lit.a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), w przypadku niezakwalifikowania mojego dziecka do Niepublicznego Przedszkola Specjalnego ZPKM w bieżącej rekrutacji na rok 2024/2025, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka, także w celu realizacji przyszłych procesów rekrutacyjnych odbywających się w Niepublicznym Przedszkolu Specjalnym Związku Polskich Kawalerów Maltańskich.*

……..………………………………………………………….

Podpis rodzica/opiekuna prawnego