**Szanowni Państwo! (Rodzice/Opiekunowie uczniów szkoły ponadpodstawowej)**

W związku z pobytem dziecka w tutejszym szpitalu, proszę o uzupełnienie poniższej ankiety:

Imię i nazwisko dziecka …………………………………………………………………..

Data przyjęcia dziecka do szpitala ………………………………………………………..

Data urodzenia ……………… miejsce urodzenia ……………………….…………..…

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów ………………………………………………….

Adres zamieszkania dziecka ……………………………………………………………….

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

Nr telefonu i email rodziców/opiekunów ………………………………………………….

**Adres szkoły macierzystej:**

Nazwa szkoły: ………………………………………………………..................................

Miejscowość: ..…-……… ………………………….. Ulica................................................ tel..….……………. Klasa……

Przedmioty realizowane w tym roku szkolnym (niewłaściwe skreślić):

 j. angielski, j. niemiecki, j. rosyjski, historia, wiedza o społeczeństwie, geografia, biologia, chemia, fizyka, informatyka, podst. przed., biznes i zarz. wdż, …………………………………………………..

Proszę o zapisanie przedmiotów z zakresu rozszerzonego:…………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………

Proszę o zaznaczenie czy dziecko posiada orzeczenie lub opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. **Tak Nie**

Wyrażam zgodę na zamieszczanie wizerunku mojego dziecka na gazetkach szkolnych eksponowanych w budynku szpitala, drukowania ich w szkolnej gazetce redagowanej przez uczniów oraz na stronie internetowej szkoły i mediach społecznościowych.

 *Podpis ………………………………………..*

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w wyjściach i wycieczkach organizowanych przez tutejszą szkołę.

*Podpis ………………………………………..*

Ze względu na specyfikę naszej placówki zachęcamy rodziców do osobistego włączania się w pracę szkoły. Prosimy o propozycję własnej formy współpracy lub wybranie z poniższej listy:

* Indywidualne kontakty z nauczycielami
* Udział w zajęciach z uczniami polegający na dzieleniu się swoimi umiejętnościami i pasjami
* Inne ….…………………………………………………………………………………………

**Klauzula informacyjna dla rodziców**

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych dziecka oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o tym że:

1. administratorem danych osobowych jest Zespół Szkół Ogólnokształcących w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy,
2. administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez:
	* email:  iodzsowmclchpig@gmail.com
	* pocztą: Zespół Szkół Ogólnokształcących w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy, ul. Reymonta 83/91, 05-400 Otwock
3. dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku szkolnego i na podstawie art. 6 RODO.
4. okres przechowywania danych osobowych wynosi 50 lat.
5. dane nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom, ani też do państw trzecich; odbiorcami danych mogą być jedynie osoby i podmioty upoważnione do przetwarzania danych oraz uprawnione na podstawie przepisów prawa organy publiczne;
6. ma Pan/i prawo dostępu do treści danych osobowych dziecka oraz ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
7. podanie przez Pana/Panią danych osobowych dziecka jest warunkiem ustawowym umożliwiającym realizację obowiązku szkolnego w Zespole Szkół Ogólnokształcących w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy.
8. dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

…………………………………

Podpis rodzica/opiekuna prawnego