|  |
| --- |
| **WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA STAŁE**  **PROWADZONE**  **W POWIATOWYM CENTRUM EDUKACJI I KULTURY W OLEŚNICY**  **w r. szk. 2021/2022** |

*Deklarację w imieniu uczestnika niepełnoletniego składa jeden z jego rodziców ( opiekun prawny lub osoba sprawująca pieczę zastępczą nad dzieckiem)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA ZAJĘĆ** | | | | | **TERMIN - dzień tygodnia, godzina** | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO NAUCZYCIELA** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA ZAJĘĆ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko uczestnika | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** *(w przypadku braku PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)* | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imiona i nazwiska rodziców uczestnika | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania uczestnika | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Adres zameldowania uczestnika *(jeśli jest inny niż podany powyżej)* | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Numery telefonów rodziców uczestnika | | | | m. | | | | | | | | | | | |
| o. | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu uczestnika pełnoletniego | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail rodziców uczestnika niepełnoletniego | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail uczestnika pełnoletniego | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA REKRUTACJI** | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Kryteria wynikające z ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. 2019 poz. 1148), brane pod uwagę na pierwszym etapie postępowania rekrutacyjnego (przy spełnianych kryteriach należy wstawić znak „X”):* | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | Wielodzietność rodziny kandydata (co najmniej troje dzieci w rodzinie) | | | | | | | | |  | | | |
| 2. | | | Niepełnosprawność kandydata | | | | | | | | |  | | | |
| 3. | | | Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata | | | | | | | | |  | | | |
| 4. | | | Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata | | | | | | | | |  | | | |
| 5. | | | Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata | | | | | | | | |  | | | |
| 6. | | | Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie | | | | | | | | |  | | | |
| 7. | | | Objęcie kandydata pieczą zastępczą | | | | | | | | |  | | | |
| *Kryteria wynikające z uchwały Rady Powiatu Oleśnickiego nr XLV/373/2018 z dnia 27 sierpnia 2018 r., brane pod uwagę na drugim etapie postępowania rekrutacyjnego (przy spełnianych kryteriach należy wstawić znak „X”):* | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | Rodzice kandydata pracują lub studiują w trybie dziennym | | | | | | | | |  | | | |
| 2. | | Rodzeństwo kandydata uczestniczyło w poprzednim roku szkolnym w zajęciach Młodzieżowego Domu Kultury | | | | | | | | | |  | | | |
| 3. | | Kandydat był w poprzednim roku szkolnym laureatem kierunkowych konkursów, turniejów lub przeglądów artystycznych o randze co najmniej międzyszkolnej | | | | | | | | | |  | | | |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE DEKLARUJĄCEGO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Treść oświadczenia** | | | | | | | | | | | | **Czytelny podpis deklarującego** | | | |
| *Świadoma/-y odpowiedzialności karnej w przypadku podania nieprawdziwych danych, oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne z prawdą.* | | | | | | | | | | | |  | | | |
| *Oświadczam, że stan zdrowia uczestnika zajęć pozwala na jego udział w zajęciach.* | | | | | | | | | | | |  | | | |
| *Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL):*  *1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w deklaracji;*  *2) wyrażam zgodę na publikację imienia i nazwiska uczestnika zajęć na liście osób*  *deklarujących kontynuowanie uczestnictwa w zajęciach.*  *Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:*  *1) administratorem danych osobowych zawartych w deklaracji jest Powiatowe Centrum Edukacji i Kultury w Oleśnicy z siedzibą w Oleśnicy przy ul. Wojska Polskiego 56;*  *2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Edukacji i Kultury w Oleśnicy możliwy jest pod numerem telefonu 608294903 lub adresem email: adamaszek@interia.pl;*  *3) dane osobowe zawarte w deklaracji będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia jw. o ochronie danych, w celu realizacji zadań określonych ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. 2019 poz. 1148), tj. rekrutacji na zajęcia prowadzone w Powiatowym Centrum Edukacji i Kultury w Oleśnicy;*  *4) dane osobowe zawarte w deklaracji przechowywane będą przez okresy określone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt;*  *5) rodzicom uczestników niepełnoletnich i uczestnikom pełnoletnim przysługuje prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;*  *6) rodzicom uczestników niepełnoletnich i uczestnikom pełnoletnim przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych;*  *7) podanie danych osobowych jest obligatoryjne w zakresie wymaganym ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. 2019 poz. 1148).* | | | | | | | | | | | |  | | | |
| *Zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. 2017 poz. 880),* ***wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na publikację wizerunku uczestnika zajęć na stronie internetowej PCEiK w Oleśnicy oraz w materiałach promocyjnych placówki.*** | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ***Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody****\* na samodzielny powrót mojego dziecka do domu po każdorazowym zakończeniu zajęć w PCEiK w Oleśnicy (dotyczy uczestnika niepełnoletniego).* | | | | | | | | | | | |  | | | |
| *Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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) (Dz. U. UE. L. nr 119, s.1)*  ***wyrażam zgodę na wykonywanie pomiarów temperatury mojego dziecka/ mojej\* w przypadku, gdy w czasie pobytu lub zajęć organizowanych przez PCEiK w Oleśnicy zaistnieje taka konieczność z powodu zaobserwowania u mojego dziecka / u mnie\* niepokojących objawów chorobowych.*** | | | | | | | | | | | |  | | | |

*\* niepotrzebne skreślić*

Data złożenia deklaracji : ...........................................

Podpis pracownika przyjmującego deklarację: ............................................