**Kwestionariusz Osobowy Ucznia**

zdjęcie ucznia

3,5 x 4,5cm

(3 szt.)

**DANE UCZNIA**

nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………….……………

imię (imiona) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

data urodzenia …………………………….………………..………… miejsce urodzenia ………………………………………..………………………………………………...…………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

telefon …………………………………………….……………………………. e-mail ………….…………………….…………………………………………………..………………………………………………

wybrana szkoła ………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

**UKOŃCZONA SZKOŁA**

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

(nazwa szkoły i miejscowość)

**ADRES ZAMIESZKANIA**

ulica ……………………………………………………………..………………..………… nr domu …………………………………………… nr lokalu ………………………………………………….

miejscowość ……………………..……………………….………….………… kod pocztowy …………………………………… poczta ……………………………………………………

województwo ……………………………..……………..………… powiat …………………………………..…………………… gmina ……………..……………………………………………

**DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**Matka** nazwisko ……………………………..…………………………………………………………………………………… imię ………………………………….…………………………………

telefon ……………………………………………………………………………. e-mail ……………………………..…………………………………..…………………………………………………………………

adres zamieszkania (jeżeli inny niż ucznia) ……………………………………………………………………………………………………………………….…..………………….

**Ojciec** nazwisko ……………………………..…………………………………………………………………………………… imię ………………………………….…………………………………

telefon ……………………………………………………………………………. e-mail ……………………………..…………………………………..…………………………………………………………………

adres zamieszkania (jeżeli inny niż ucznia) ……………………………………………………………………………………………………………………….…..………………….

**NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ UCZNIA** *(na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)*

słabowidzący  niewidomy

niepełnosprawność sprzężona (jaka?) ………………………………………………………………………………….………………………………………………………………

inne problemy zdrowotne ucznia …………………………………………………………………………………………………..………………..……………..………………………………..

**ZGODY**

**Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody**\* na korzystanie przez ucznia z pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz udział w zajęciach rewalidacyjnych opartych na przeprowadzonej diagnozie, organizowanych na terenie Zespołu Szkół i Placówek pn. „Centrum dla Niewidomych i Słabowidzących” w Krakowie (zajęcia rehabilitacji wzroku, orientacji przestrzennej, nauki technik brajlowskich, rehabilitacji ruchowej, ćwiczenia na mini ściance wspinaczkowej, terapii psychologicznej, pedagogicznej, poradnictwa zawodowego).

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

(miejscowość i data) (podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego kandydata)

**\*niepotrzebne skreślić**

**Informacja administratora o przetwarzaniu danych osobowych**

*Szanowni Państwo, informujemy, że administratorem Waszych danych osobowych jest Dyrektor Zespołu Szkół i Placówek pn. „Centrum dla Niewidomych i Słabowidzących” w Krakowie, ul. Tyniecka 6, 30-319 Kraków i są one podawane w celu realizacji usług świadczonych przez naszą jednostkę. Macie Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do Waszych danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych (dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach); wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Podstawę prawną przetwarzania danych stanowi art. 6 ust. 1 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), tzn. dane będą przetwarzane na podstawie zgody albo na podstawie przepisów prawa. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Marlena Dyrek, e-mail inspektor1@mjo.krakow.pl adres ul. Wielopole 17a.*