

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO PSM I ST. IM. STANISŁAWA MONIUSZKI
W SŁUBICACH NA ROK SZKOLNY 2020/2021**

DANE KANDYDATA/TKI

(W przypadku dziecka, które w danym roku kalendarzowym nie ukończyło 6 lat, należy dołączyć opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej o psychologicznej dojrzałości dziecka do podjęcia nauki szkolnej)

Specjalność/instrument
Imię/imiona
Nazwisko
Data i miejsce urodzenia

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię/imiona
Nazwisko
Adres do korespondencji
Numer telefonu

DANE ŚRODOWISKOWE

Wielodzietność rodziny kandydata (2+3 i więcej)?	TAK	NIE
Niepełnosprawność kandydata lub rodziców lub rodzeństwa?	TAK	NIE
Samotne wychowywanie kandydata w rodzinie?	TAK	NIE
Objęcie kandydata pieczęcią zastępczą?	TAK	NIE
Miejsce, data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego	

Klauzula informacyjna:

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowa Szkoła Muzyczna I stopnia im. Stanisława Moniuszki w Słubicach, adres: 69-100 Słubice, ul. Wojska Polskiego 142, tel.: 95 758 66 18,
2. Z inspektorem ochrony danych można skontaktować się za pomocą poczty e-mail pod adresem szkolamuzycznaaslubice@wp.pl.
3. Dane przetwarzane są w celu rekrutacji kandydatów oraz kontaktu w sprawach związanych z postępowaniem rekrutacyjnym .
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez 5 lat licząc od roku zakończenia rekrutacji.
5. Osoba (rodzic /opiekun prawny), której dane dotyczą ma prawo do:
 - a. dostępu do swoich danych osobowych;
 - b. sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych
 - c. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
 - d. przenoszenia danych;
 - e. cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed cofnięciem zgody;
 - f. wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
6. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne ale ich brak uniemożliwi przeprowadzenie rekrutacji. Brak informacji środowiskowych może mieć wpływ na wynik procesu zgodnie z zasadami rekrutacji.

..... dnia

.....
pieczęć przychodni

**Z A Ś W I A D C Z E N I E
L E K A R S K I E**

Nie stwierdzam u dziecka

.....
(imię i nazwisko)

przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki w szkole muzycznej.

.....
/pieczęć i podpis lekarza/