**ZAŁĄCZNIK NR 2**

Data wpływu wniosku

**Zgłoszenie dziecka do odbycia obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego   
w Przedszkolu Akademia Wyobraźni  
 w Marklowicach w roku szkolnym 2025/2026**

Zgłaszam do odbycia obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego córkę/syna …………………………………… w Przedszkolu Akademia Wyobraźni w Marklowicach.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć zorganizowanych w przedszkolu  
 w następujących godzinach od …….…. do ………. , oraz wyżywienia w ilości …….…… posiłków (śniadanie 8.30 \*, obiad\* 11.30 , podwieczorek\*14.00)

*\* właściwe podkreślić*

**1. DANE DZIECKA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/imiona i nazwisko dziecka |  |
| Data urodzenia |  |
| PESEL dziecka (w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość |  |
| Adres miejsca zamieszkania |  |

2. DANE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW DZIECKA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MATKA | OJCIEC |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania |  |  |
| Adres poczty elektronicznej i numery telefonów kontaktowych (o ile je posiada) |  |  |

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE TREŚCI WNIOSKU I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

2. Przyjmuję do wiadomości, iż dyrektor przedszkola może prosić o okazanie dokumentów w celu weryfikacji danych podanych we wniosku.

3. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.a)b)c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych  
 w niniejszym wniosku do celów związanych z przeprowadzeniem naboru do przedszkola oraz organizacją pracy i funkcjonowania przedszkola. Administratorem danych jest dyrektor przedszkola, do którego dziecko uczęszcza. Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania lub usunięcia. Dane podaję dobrowolnie.

4. Oświadczam, że w sytuacji zmiany mojego miejsca zamieszkania i numeru telefonu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Przedszkole Akademia Wyobraźni w Marklowicach, do którego uczęszcza moje dziecko w terminie do dwóch tygodni od momentu zaistniałego faktu.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *……………..………..*  *data* |  | *………………………………….*  *podpis matki / prawnego opiekuna*  *dziecka* |  | *………………………………………*  *podpis ojca/ prawnego*  *opiekuna dziecka* |

*Administratorem pozyskanych i przetwarzanych danych osobowych w niniejszej sprawie jest Dyrektor Przedszkola Akademia Wyobraźni w Marklowicach, ul. Widokowa 2. Pełna treść klauzuli informacyjnej zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 95/46/WE, znajduje się na stronie internetowej: przedszkole.marklowice.pl w zakładce RODO.*