Zebrzydowice dn. …………..

…………………………………………………….

(imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna)

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka

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

**( imię/imiona i nazwisko dziecka )**

podczas zajęć, konkursów i uroczystości organizowanych przez **Szkołę Podstawową im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach,** mieszczącą się przy ul.Kochanowskiego 55 oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć:

**(proszę zaznaczyć przy wybranym polu krzyżyk [X]- brak w danej pozycji zaznaczenia pola**

**[ ] TAK lub [ ] NIE jest jednoznaczne z brakiem wyrażenia zgody)**

[ ] TAK [ ] NIE - na stronie internetowej **Szkoły Podstawowej im. K.K.Baczyńskiego**

**w Zebrzydowicach,**

[ ] TAK [ ] NIE – w prasie lokalnej

[ ] TAK [ ] NIE – w kronice szkolnej

[ ] TAK [ ] NIE – na tablicach ściennych

[ ] TAK [ ] NIE – w folderach

w celu informacji i promocji osiągnięć uczniów oraz dokumentowania działalności **Szkoły Podstawowej im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach***;*

*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. Informuję, że:*

1. *Administratorem Danych Osobowych jest* **Szkoła Podstawowa im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach***, mieszczącej się przy* ul.Kochanowskiego 55, *zwane dalej szkołą;*
2. *Dane osobowe Pani /Pana dziecka przetwarzane będą w celu promocji* **Szkoły Podstawowej im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach** *i nie będą udostępniane innym odbiorcom;*
3. *Posiada Pani/Panu prawo do żądanie dostępu do danych osobowych oraz poprawianie danych osobowych. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,*
4. *Podanie* **Szkole Podstawowej im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach** *danych osobowych jest dobrowolne.*
5. *Zgoda wyrażona jest do czasu jej pisemnego odwołania.*
6. *Przysługuje Pani/Panu możliwość skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*
7. *Inspektorem ds. Ochrony Danych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzanie danych) jest Elżbieta Borgosz (kontakt do inspektora:* [biuro@bhpjanicki.pl](mailto:biuro@bhpjanicki.pl) *Tel.* *881-720-700 ).*

……………………………………………………………….

*(data i czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna*

Zebrzydowice, dn. …………..

…………………………………………………….

(imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna)

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE NUMERU TELEFONU oraz E-MAIL**

**DO RODZICA/OPIEKUNA**

**(w przypadku wyrażenia zgody proszę zaznaczyć krzyżyk [X] )**

[ ] Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie, oraz udostępniam dane kontaktowe, w celu otrzymywania telefonicznie, w tym za pomocą sms informacji ze strony **Szkoły Podstawowej im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach**, mieszczące się przy Kochanowskiego 55 ,o zachowaniu i postępach w rozwoju mojego dziecka.

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

(numer telefonu rodziców/prawnych opiekunów )

[ ] Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie, oraz udostepniam dane kontaktowe,   
w celu otrzymywania drogą elektroniczną, na podane konto mailowe informacji ze strony **Szkoły Podstawowej im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach**, mieszczące się przy Kochanowskiego 55, o zachowaniu i postępach w rozwouj mojego dziecka.

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

(e-mail rodziców/prawnych opiekunów )

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

*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. Informuję, że:*

1. *Administratorem Danych Osobowych jest* **Szkoła Podstawowej im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach***, mieszcząca się przy Kochanowskiego 55, zwana dalej szkołą;*
2. *Pani /Pana dane przetwarzane będą w celu kontaktu z* **Szkołą Podstawową im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach** *i nie będą udostępniane innym odbiorcom;*
3. *Posiada Pani/Panu prawo do żądanie dostępu do danych osobowych oraz poprawianie danych osobowych. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,*
4. *Podanie* **Szkole Podstawowej im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach** *danych osobowych jest dobrowolne.*
5. *Zgoda wyrażona jest do czasu jej pisemnego odwołania.*
6. *Przysługuje Pani/Panu możliwość skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*
7. *Inspektorem ds. Ochrony Danych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzanie danych) jest Elżbieta Borgosz (kontakt do inspektora:* [biuro@bhpjanicki.pl](mailto:biuro@bhpjanicki.pl)  *Tel 881-720-700)..*

*…………………….……………………………………………….*

*(data i czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna )*

Zebrzydowice dn. …………..

…………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**ZGODA NA WEZWANIE PODOTOWIA RATUNKOWEGO W CELU RATOWANIA ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wezwanie pogotowia ratunkowego w celu ratowania zdrowia lub życia mojego dziecka.

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

(imię i nazwisko dziecka, klasa)

Podstawa prawna:

*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. Informuję, że:*

1. *Administratorem Danych Osobowych jest* **Szkoła Podstawowa im. K.K.Baczyńskiego w Zebrzydowicach***, mieszcząca się przy ulicy* Kochanowskiego 55 zwana dalej szkołą
2. *Pani /Pana dane osobowe przetwarzanae będą przez* **Szkołę** *i będą udostępniane innym odbiorcom w celu ratowania zdrowia lub życia;*
3. *Posiada Pani/Panu prawo do żądanie dostępu do danych osobowych oraz poprawianie danych osobowych. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,*
4. *Podanie szkole danych osobowych jest dobrowolne.*
5. *Zgoda wyrażona jest do czasu jej pisemnego odwołania.*
6. *Przysługuje Pani/Panu możliwość skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*
7. *Inspektorem ds. Ochrony Danych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzanie danych) jest Elżbieta Borgosz (kontakt do inspektora:* [*biuro@bhpjanicki.pl*](mailto:biuro@bhpjanicki.pl) *Tel. 881-720-700).*
8. *Zapewnienie bezpieczeństwa w szkołach określa Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz.U. z 2003 r. Nr 6 poz. 69 ze zm.)*

…………………...……………………………………………….

*(czytelne podpisy obojga rodziców lub prawnych opiekunów )*