



Akademicki Zespół Placówek Oświatowych
Fijewo 85, 14-260 Lubawa
tel. 575 141 005
e-mail: akademickizespole@gmail.com
NIP 7441692752, REGON 368041867
www.szkolalubawa.pl

AKADEMICKIE LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane ucznia:			
Imię		Drugie imię	
Nazwisko		Pesel	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania ucznia:			
Ulica		Nr domu	
Nr lokalu		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Adres zameldowania ucznia (wypełnić, jeśli inny niż zamieszkania):			
Ulica		Nr domu	
Nr lokalu		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Proszę o przyjęcie do klasy: (zaznaczyć znakiem „X”)		☐ pierwszej ☐ drugiej ☐ trzeciej ☐ czwartej o profilu: ☐ językowym (j.ang.-hiszp.) ☐ medycznym (biol-chem) ☐ inżynierskim (mat-geo) ☐ prawniczym (j.pol-hist)	



Akademicki Zespół Placówek Oświatowych
Fijewo 85, 14-260 Lubawa
tel. 575 141 005
e-mail: akademickizespol@gmail.com
NIP 7441692752, REGON 368041867
www.szkolalubawa.pl

Dane rodziców/opiekunów prawnych:

Stopień powinowactwa zakreślić właściwe:	matka ojciec inny (jaki)	Stopień powinowactwa zakreślić właściwe:	matka ojciec inny (jaki)
Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
Wykonywany zawód		Wykonywany zawód	
Wykształcenie		Wykształcenie	
Adres zamieszkania		Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy		Telefon kontaktowy	
adres e-mail		adres e-mail	
Nazwa i adres zakładu pracy		Nazwa i adres zakładu pracy	
Telefon do zakładu pracy		Telefon do zakładu pracy	

i	Deklaracje kontynuacji nauki języka obcego, który był obowiązkowy w szkole podstawowej:
1	
2	

INFORMACJE O UCZNIU

i	Alergie pokarmowe / uczulenia / stałe choroby / wady rozwojowe:
----------	--

-
-
-

i	Czy uczeń był kiedykolwiek badany w poradni specjalistycznej?
• TAK / NIE*	



Akademicki Zespół Placówek Oświatowych
Fijewo 85, 14-260 Lubawa
tel. 575 141 005
e-mail: akademickizespole@gmail.com
NIP 7441692752, REGON 368041867
www.szkoalalubawa.pl

*skreślić niewłaściwe

Jeśli wybrano odpowiedź „TAK”, proszę o uzupełnienie poniższej tabeli:

Rok badania:	
Nazwa poradni:	
Zalecenia, jakie powinny być wykonywane przez szkołę:	

i Przebyte choroby:

-
-

i Orzeczenie stopnia niepełnosprawności? Jeśli tak – jaki?

- TAK, / NIE*

*skreślić niewłaściwe

i Inne informacje o uczniu, o których rodzice / opiekun prawny chce poinformować:

-
-

i Załączniki: (zaznaczyć „X” przy załączonym dokumencie)

świadczenie ukończenia szkoły podstawowej	
zaświadczenie o wyniku egzaminu ósmoklasisty	
3 podpisane fotografie	
karta zdrowia	
orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	
orzeczenie o potrzebie nauczania indywidualnego	
orzeczenie o niepełnosprawności	
opinie wydane przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną oraz inne opinie dotyczące kandydata	
Inne (wymienić jakie)	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że: (wstawić „X”)	TAK	NIE
-------------------------------	-----	-----



Akademicki Zespół Placówek Oświatowych
Fijewo 85, 14-260 Lubawa
tel. 575 141 005
e-mail: akademickizesp@poczta.onet.pl
NIP 7441692752, REGON 368041867
www.szkolalubawa.pl

Mój syn / córka* będzie uczestniczył(a) w lekcjach religii.		
Mój syn / córka będzie uczestniczył(a) w lekcjach Edukacja zdrowotna.		
Jestem świadomy(a), że: - dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym, nie wymagają zgody na przetwarzanie danych osobowych, a ich obowiązek podania oraz zakres danych określony jest przepisami prawa: ustawa Prawo oświatowe, ustawa o systemie oświaty oraz aktami wykonawczymi do powyższych ustaw. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niezrealizowanie celów, w jakich zbierane są dane - Administratorem danych osobowych jest Akademicki Zespół Placówek Oświatowych w Fijewie, Fijewo 85, 14-260 Lubawa. - Pani/Pana dane osobowe i dane osobowe dziecka będą zbierane i przetwarzane na podstawie odpowiednich przepisów prawa lub odrębnie zbieranych zgód w celach: rekrutacji, prowadzenia dokumentacji przebiegu nauczania, wydawania legitymacji, zaświadczeń i świadectw, prowadzenia badań zewnętrznych dotyczących umiejętności uczniów, kontroli realizacji obowiązku szkolnego, promocji AZPO, ubezpieczenia, organizacji wycieczek, działań opiekuńczych, opieki medycznej, udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, prowadzenia nauczania indywidualnego, dostosowania wymagań na egzaminach zewnętrznych, korzystania z dziennika elektronicznego. - Odbiorcą Pani/Pana i dziecka danych osobowych będą: dyrektor, wicedyrektor, sekretarz, pracownicy administracji szkolnej, pielęgniarka, nauczyciele, pedagog, psycholog, inspektor danych osobowych, specjaliści oraz uprawnione organy publiczne. - Dane przetwarzane są w systemie komputerowym i ręcznym. - Każdy, którego dane osobowe dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. - Pana/Pani dane osobowe i dane osobowe dziecka będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, maksymalnie 50 lat od zakończenia nauki w placówce. - ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy o ochronie danych osobowych.		
Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na potrzeby związane z działalnością statutową AZPO oraz jego promocją (strona internetowa, facebook, fotograficzna dokumentacja uroczystości, gazetki ścienne, w ramach przekazywania informacji o pracy dydaktyczno-wychowawczej) na okres kształcenia dziecka w placówce oraz w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel ich przetwarzania, do odwołania zgody.		
Zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Statutu, regulaminów i innych obowiązków wynikających z przepisów prawa.		
Zobowiązuję się do podawania do wiadomości szkoły wszelkich zmian w podanych wyżej informacjach.		
Zobowiązuję się do uczestniczenia w zebraniach rodziców.		
Wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.		

Data

Podpis rodzica / opiekuna prawnego

Zgody i oświadczenia rodziców/ opiekunów

Imię i nazwisko dzieckaklasa.....



Akademicki Zespół Placówek Oświatowych
Fijewo 85, 14-260 Lubawa
tel. 575 141 005
e-mail: akademickizespole@gmail.com
NIP 7441692752, REGON 368041867
www.szkolalubawa.pl

Zgody i oświadczenia	Podpis rodzica/opiekuna prawnego <i>(W przypadku braku zgody proszę o postawienie kreski poziomej w rubryce)</i>
Wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka w postaci: zdjęć, filmów, prezentacji multimedialnych itp., w materiałach dotyczących życia szkoły oraz prezentacji szkoły w środowisku.	
Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach sportowych organizowanych przez szkołę. Jednocześnie oświadczam, że dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zawodach sportowych, zajęciach sportowo-rekreacyjnych i innych formach aktywności fizycznej.	
Biorę odpowiedzialność za samodzielne dojście /dojazd mojego dziecka do i ze szkoły.	
Wyrażam zgodę na wszelkie piesze wycieczki i wyjścia ze szkoły w ramach zajęć lekcyjnych organizowane przez nauczycieli.	
Przyjmuję do wiadomości, że szkoła nie ponosi odpowiedzialności za cenne rzeczy przyniesione przez dziecko do szkoły (telefon, MP3, zegarki itp.).	
Mam świadomość, że celowe niszczenie mienia szkolnego przez moje dziecko jest równoznaczne z pokryciem kosztów lub naprawieniem szkody przez rodziców lub opiekunów prawnych dziecka.	
Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w lekcjach religii.	
Zgadzam się, by moje dziecko uczestniczyło w zajęciach z Edukacji zdrowotnej realizowanych przez Szkołę	
Oświadczam, że zgodnie z prawem o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i dziecka danych osobowych, m.in.: imienia i nazwiska / adresu zamieszkania / aktualnego miejsca pracy / numeru telefonu prywatnego i służbowego / numeru PESEL / innych przez Szkołę, w związku z realizacją celów dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych szkoły.	
Wyrażam zgodę, by moje dziecko uczestniczyło w zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych, socjoterapeutycznych, specjalistycznych oraz na udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej realizowanych przez Szkołę.	
Wyrażam zgodę, by moje dziecko uczestniczyło w zajęciach innych niż lekcyjne i wynikające z pomocy psychologiczno-pedagogicznej (np. prowadzone przez Policję, organizacje pozarządowe itp.) realizowanych przez Szkołę.	
Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z: 1) wymaganiami edukacyjnymi niezbędnymi do otrzymania przez ucznia poszczególnych śródrocznych i rocznych ocen klasyfikacyjnych z zajęć edukacyjnych z przedmiotów, 2) sposobami sprawdzania osiągnięć edukacyjnych uczniów, 3) warunkami i trybem otrzymania wyższej niż przewidywana rocznej oceny klasyfikacyjnej z zajęć edukacyjnych, 4) warunkami i sposobem oraz kryteriami oceniania zachowania, 5) warunkami i trybem otrzymania wyższej niż przewidywana rocznej oceny klasyfikacyjnej zachowania, - ze strony internetowej szkoły.	