**Karta Ucznia**



**Państwowego Zespołu Szkół Muzycznych w roku szkolnym 2024/2025**

**Ogólnokształcąca Szkoła Muzyczna I stopnia**

**Wszystkie dane uzyskane w Karcie Dziecka wykorzystane zostaną tylko na wewnętrzne potrzeby szkoły.**

**DANE DZIECKA :**

1. Nazwisko dziecka…………………….……………………………………………………………..………..……………

Pierwsze imię ……………………………….…..…..…. drugie imię ………………………….……………………..…

1. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. PESEL
2. Ares zamieszkania / zameldowania ………..…………………………………………………………………….…………

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

1. Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………………………………...

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

1. Obwód szkolny miejsca zameldowania (nazwa i adres szkoły)…………………………………………………………….…..

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

1. Telefony kontaktowe …………………………………………………………………………………………………………..
2. E – mail rodzica/ opiekuna prawnego ………………………………………………………………………………………
3. Klasa …………………………………….. 10. Wychowawca ……………………………………………………………...

**RODZINA DZIECKA :**

1. Ojciec / Opiekun prawny Imię / nazwisko …………………..………..…………….…………….……………………………….

Miejsce pracy /adres ..…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………Telefon …………….…………………………

1. Matka / Opiekunka prawna Imię / nazwisko..………………………………………………………………………………………

Miejsce pracy /adres ..…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………….………Telefon ……………………………….………

1. Liczba rodzeństwa ………………… Imiona i rok urodzenia …………………………………..……………………….….

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

**INFORMACJE O DZIECKU :**

1. Czy dziecko przyjmuje leki ? ( Jeśli tak , proszę wymienić ) ………………………………………………………………

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

1. Czy dziecko posiada wadę wzroku …………………………………………………………………………………………..
2. Czy dziecko choruje na chorobę lokomocyjną ……………………………………………………………………………...
3. Czy dziecko jest pod opieką lekarza specjalisty ( jakiego ? ) ……………………………………………………………..

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

1. Czy dziecko jest ubezpieczone NNW / OC..…………………………………………………………………………………
2. Czy dziecko lub rodzina jest pod nadzorem kuratora ( imię i nazwisko ) ………………………………………………..
3. Proszę w kilku słowach opowiedzieć o swoim dziecku ( zainteresowania, jak spędza wolny czas, co sprawia dziecku satysfakcję a co sprawia trudności itp. ) …………………………………………………………………..………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Jakiej pomocy oczekuje Pan(i) od Wychowawcy …………………………………………………………………………..

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

**ŚWIETLICA :**

1. W jakich dniach i godzinach dziecko ma przebywać w świetlicy :

Poniedziałek …………………………………………… Wtorek …………………………………………………….

Środa …………………………………………………… Czwartek ………………………………………………….

Piątek ……………………………………………………

1. Jakiej pomocy oczekuje Pan(i) od Wychowawcy świetlicy …………………………………..……………………........

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

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

**UPOWAŻNIENIA ( tylko dla osób pełnoletnich):**

Upoważniam do odbioru mego dziecka przez następujące osoby :

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………..

Nr dow.osobistego ………………………………………… Stopień pokrewieństwa……………………………….…

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………..

Nr dow.osobistego …………………………………………Stopień pokrewieństwa……………………...……………

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………..

Nr dow.osobistego …………………………………………Stopień pokrewieństwa……………………...……………

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………..

Nr dow.osobistego …………………………………………Stopień pokrewieństwa……………………...……………

**ZGODA RODZICÓW / PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA :**

1. Wyrażam zgodę na :
   1. samodzielne przyjście mojego dziecka do świetlicy TAK / NIE
   2. samodzielne wyjście dziecka na zajęcia z instrumentu i samodzielny powrót do świetlicy TAK / NIE
   3. samodzielne wyjście dziecka do :
      * biblioteki TAK / NIE
      * stołówki na obiad TAK / NIE
      * sklepiku TAK / NIE
2. Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domuTAK / NIE

Jeżeli NIE - Dziecko odbierane będzie przez Rodziców /prawnych opiekunów lub osoby upoważnione.

1. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach, imprezach, konkursach i wyjściach mojego dziecka w ramach zajęć szkolnych i świetlicowych.
2. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka na wycieczce / obozie naukowym / wyjeździe o charakterze muzycznym poza planem zajęć, organizowanymi przez Państwowy Zespół Szkół Muzycznych i zobowiązuję się do odbioru dziecka o wyznaczonej godzinie. Zobowiązuję się do pokrycia wymaganych kosztów uczestnictwa w wycieczce / obozie naukowym / wyjeździe o charakterze muzycznym oraz ewentualnych strat wyrządzonych przez moje dziecko na wycieczce / obozie naukowym / wyjeździe.
3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych zabiegów i hospitalizację w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia, z wyłączeniem ……………………………..….………………………… .
4. Wyrażam chęć udziału w zajęciach z religii TAK / NIE

Wyrażam chęć udziału w zajęciach z etyki TAK / NIE

**ZOBOWIĄZANIE RODZICÓW / PRAWNYCH OPIEKUNÓW :**

1. Zobowiązuję się do podania aktualnych danych teleadresowych, a w przypadku zwrotu korespondencji w związku z nieaktualnymi danymi teleadresowymi do zwrotu kosztów wysyłki na konto Państwowego Zespołu Szkół Muzycznych.
2. Zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych strat wyrządzonych przez moje dziecko podczas pobytu w szkole.

**Zgodnie z art. 6 ust 1 pkt a w zw. z art. 8 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 (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojej/ego syna/córki/wychowanka:**

**………………………..…………………………………………………………………………………………….……………..……**

**(imię i nazwisko ucznia)**

**na czas trwania nauki w Państwowym Zespole Szkół Muzycznych im. Artura Rubinsteina w Bydgoszczy, do celów szkolnych związanych w zakresie: dydaktycznym i wychowawczym, egzaminami zewnętrznymi, zajęciami pedagogicznymi, konkursami, podstawową opieką zdrowotną, wywiadem środowiskowym, współpracą z organem nadzorującym i prowadzącym, przetwarzaniem danych w systemach oświatowych, Starostą /Prezydentem Miasta/ Urzędem Miasta/Gminy z miejsca zamieszkania dziecka/ucznia, Kuratorem, sprawami ubezpieczeniowymi.**

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku oraz wykonań artystycznych mojego dziecka/wychowanka podczas zajęć, uroczystości i wydarzeń organizowanych przez Szkołę oraz wykorzystanie wizerunku i nagrań w obu przypadkach na czas nieokreślony poprzez umieszczanie na stronie internetowej szkoły, kanale you tube szkoły, facebook szkoły, mediach ogólnopolskich oraz regionalnych a także na tablicy ogłoszeń przed szkołą w celu informacji i promocji szkoły.**

**Podstawa prawna: Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jedn.: Dz. U. 2022r., poz. 2509).**

**WSZYSTKIE DANE ZAWARTE W KARCIE DZIECKA SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM.**

Bydgoszcz, dn. ……………………………………… …………………………………………………..

Podpis Rodziców / Prawnych Opiekunów

\*W przypadku podpisu jednego z rodziców/opiekunów prawnych prosimy o uzasadnienie decyzji: ……………………………………………………………………………………………………….……….....…………………………………….