Data wpływu:.................................nr .................

**DYREKCJA**

**Zespołu Państwowych**

**Szkół Muzycznych**

**w Kielcach**

 **W N I O S E K**

**Proszę o przyjęcie mojej córki / syna DO KLASY ………………………………….**

**Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej I st. / Państwowej Szkoły Muzycznej I st. cykl…….letni**

 *(właściwe podkreślić)*

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

2. Imiona: 1. ……………………….…………… 2. …………………….…………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia | miejsce urodzenia | województwo | Pesel |

3. Imię i nazwisko matki …………………...………………………………………………………

4. Imię i nazwisko ojca …………………...………………………………………………………

5. Adres zamieszkania: ulica........................................... nr......./.......... miejscowość…………..…… nr kodu…….…………. woj....................................... powiat……….…..….. gmina……….………… nr tel..................................................................................obywatelstwo………………………………

6. Adres do korespondencji……………………………………………………….…………..

7. Numer i adres szkoły obwodowej (**obowiązkowo dla kandydatów do OSM** )................................

 ..............................................................................................................................................................

8.Instrument………………………………………………………………

9.Wykonywany program :

1. …………………………………………………………………………………………………………….……..
2. ……………………………………………………………………………………………………………….…..
3. .................................................................................................................................................................

10. Jakich przedmiotów ogólnomuzycznych kandydat się uczył?

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

**Komisja Rekrutacyjna zastrzega sobie prawo ostatecznego decydowania**

**o przydziale do odpowiedniej klasy oraz wyboru instrumentu do nauki w ZPSM**

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

 podpis przyjmującego ankietę **podpis obojga rodziców / prawnych opiekunów**

Na podstawie art.6 ust. 1 lit. a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych moich / mojego dziecka (imię i nazwisko) …………………………………………….. w świetle 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz, UE L 2016.119.1 do celów rekrutacji do Zespołu Państwowych Szkół Muzycznych.

……………………………………………

 (data, podpis)

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w/w celach jest Zespół Państwowych Szkół Muzycznych im. L. Różyckiego w Kielcach

 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo:

* żądania dostępu do danych osobowych;
* sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
* wniesienia sprzeciwu;
* cofnięcia zgody w każdym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Zapoznałam/-em się z treścią powyższego

……………..……………………………….

 (data, podpis)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że ..............................................................................................................

 *(imię i nazwisko kandydata)*

Może podjąć naukę gry w szkole muzycznej na każdym instrumencie.

Na instrumencie dętym: może podjąć naukę / nie może podjąć nauki.

 ***(właściwe podkreślić)***

 ………….………………………………

 data - pieczęć i podpis lekarza

**Warunkiem zakwalifikowania ucznia do danej klasy OSM I st. jest niezwłoczne dostarczenie do sekretariatu szkoły potwierdzenia realizacji obowiązku edukacyjnego na danym etapie.**