

Wysokie Mazowieckie, dn.

.....
/ nazwisko i imię/

zam.....

poczt.....

.....
/ uczeń Szkoły Podstawowej w /

D Y R E K T O R
Zespołu Szkół Ogólnokształcących
i Policealnych
w Wysokiem Mazowieckiem

Wniosek o przyjęcie do szkoły

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie do klasy pierwszej 4 letniego Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Kazimierza Jagiellończyka w Wysokiem Mazowieckiem w roku szkolnym 2020/2021

Deklarowane dwa języki obce:

/ z czego pierwszy jest kontynuacją języka nauczanego w szkole podstawowej/

Dane o uczniu /uczennicy/

Data i miejsce urodzenia

Nr PESEL

Imiona rodziców

Nazwisko i imię opiekuna

Twoje zainteresowania

Wybieram klasę z następującymi przedmiotami realizowanymi na poziomie rozszerzonym:

A – Klasa humanistyczno - prawnicza / historia, język polski /

B – Klasa językowa / język angielski, język niemiecki lub j. rosyjski/

C – Klasa matematyczno - fizyczna /matematyka, fizyka/

D – Klasa biologiczno - chemiczna /biologia , chemia/

E – Klasa geograficzno - matematyczna /geografia, matematyka/

F – Klasa informatyczna / informatyka, matematyka/

G – Klasa ogólna / geografia , wos/

Czy posiadasz dostęp do Internetu w domu rodzinnym ?

Czy posiadasz umiejętności gry na instrumencie muzycznym / na jakim?/

Czy masz zainteresowania plastyczne /jakie?/

Osiągnięcia w olimpiadach i konkursach przedmiotowych

.....

Osiągnięcia sportowe

Dane o rodzicach

Miejsce pracy i zawód ojca /telefon/

Miejsce pracy i zawód matki /telefon/

Telefon domowy rodziców

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych (Ustawa z dnia 29.08.1997r.o ochronie danych osobowych tj. Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz.926)

.....
/ podpis rodzica lub opiekuna/

.....
/podpis kandydata/

Załączniki: dwie fotografie podpisane na odwrocie.

Szczegółowe informacje można uzyskać w sekretariacie szkoły , tel./fax (86) 275 22 35

lub na stronie www.jagiellonczyk.org.pl

Przyjmuję do wiadomości Informacje o przetwarzaniu danych rodzica

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imię (imiona) i nazwisko, adres zamieszkania, przez Zespół Szkół Ogólnokształcących i Policealnych w Wysokiem Mazowieckiem w celu realizacji działań szkoły podczas nauki dziecka, jak również w związku z obowiązującymi przepisami archiwizacyjnymi.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie mego numeru telefonu przez Zespół Szkół Ogólnokształcących i Policealnych w Wysokiem Mazowieckiem na potrzeby przekazywania informacji dotyczących postępów w nauce i frekwencji oraz działalności szkoły do czasu odwołania tej zgody lub ukończenia szkoły przez moje dziecko.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

*– niewłaściwe skreślić

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym wizerunkowych, mojego

dziecka klasa

moich danych, do celów budowania pozytywnego wizerunku Zespołu Szkół Ogólnokształcących i Policealnych w Wysokiem Mazowieckiem w przestrzeni publicznej i w mediach.

Zgoda może być w dowolnym czasie wycofana poprzez wysłanie maila ze stosowną informacją na adres: sekretariat@jagiellonczyk.org.pl

.....
/czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka/