

.....
(miejsowość, data)

**KESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZNI
UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRZYJĘCIE
DO MŁODZIEŻOWEGO OŚRODKA SOCJOTERAPII W GOŁOTCZYŹNIE**
(po wypełnieniu poufne, do użytku wewnętrznego)

Dane ucznia:

Imię i nazwiskoWiek

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania:

.....
.....

Nazwa i adres poprzedniej szkoły, do której uczeń uczęszczał

.....
.....

Do której klasy uczeń będzie uczęszczał w roku szkolnym :

- Szkoła Podstawowa - klasa :
- Branżowa Szkoła I Stopnia – klasa

Czy uczeń powtarzał klasę? TAK NIE Jeśli tak, to którą?Ile razy?.....

Z jakiego powodu?

.....

Czy uczeń posiada orzeczenie(a) o potrzebie kształcenia specjalnego TAK NIE

Jeśli tak, to ze względu na jaką niepełnosprawność:

- a) niesłyszące
- b) słabosłyszące
- c) niewidzące
- d) słabowidzące
- e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- f) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
- g) niepełnosprawne intelektualnie e stopniu umiarkowanym
- h) niepełnosprawne w stopniu znacznym
- i) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
- j) z niepełnosprawnością sprzężoną
- k) niedostosowanie społeczne
- l) zagrożenie niedostosowaniem społecznym

Sytuacja rodzinna (właściwe podkreślić i rozwinąć):

Rodzice/ opiekunowie prawni (dane rodziców, adres, telefon kontaktowy).....

.....
.....

Sytuacja prawna rodziców względem dziecka (pełne prawa, ograniczone, pozbawieni praw rodzicielskich)

.....

Placówka opiekuńczo- wychowawcza (dane placówki, adres, telefon kontaktowy, dane i telefon kontaktowy opiekuna prawnego)

.....

.....

Czy dziecko/ wychowanek sprawia problemy wychowawcze? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?

.....

.....

....

Czy uczeń/ rodzina ma nadzór kuratora sądowego? TAK NIE

Jeśli tak, to z jakiego powodu?

.....

Dane dotyczące leczenia:

1. Czy leczony przewlekle, alergie, wady rozwojowe TAK NIE (właściwe podkreślić)

Jeśli TAK to z jakiego powodu?.....

Jakie leki przyjmuje?

.....

Nazwa i adres placówki leczenia ambulatoryjnego

.....

.....

2. Leczenie psychiatryczne TAK NIE

Jeśli TAK, to w związku z jakim zaburzeniem (chorobą), od kiedy, ilość hospitalizacji, w którym roku?

.....

.....

.....

Nazwa i adres ambulatoryjnej placówki leczenia psychiatrycznego

.....

.....

.

Czy dziecko przyjmuje leki psychiatryczne? TAK NIE

Jeśli TAK to jakie?

.....
.....
Funkcjonowanie dziecka:

Kontakty z alkoholem? TAK NIE

Jeśli TAK, to proszę przekazać w kilku zdaniach wiedzę w tej kwestii

.....
.....
.....
Czy pali papierosy? TAK NIE

Kontakt z substancjami psychoaktywnymi? TAK NIE

Jeśli TAK, to proszę przekazać w kilku zdaniach wiedzę w tej kwestii

.....
.....
.....
Ślady po samookaleczeniach: NIE POSIADA POSIADA

Jeśli POSIADA, to proszę w kilku zdaniach przekazać wiedzę w tej kwestii

.....
.....
.....
Czy dziecko przejawia zaburzenia lękowe TAK NIE

Jeśli tak to jakie?.....

.....
.....
Czy dziecko przejawia zaburzenia odżywiania? TAK NIE

Jeśli tak to jakie?

.....
Czy dziecko przejawia zaburzenie nastroju? (depresja, stany depresyjne) TAK NIE

Jeśli tak to jakie?

Czy były próby samobójcze? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, to proszę w kilku zdaniach przekazać wiedzę w tej kwestii

.....
.....
.....
Inne istotne informacje o dziecku:

.....
(Data, podpis rodzica/opiekuna prawnego)

W przypadku przyjęcia proszę o dostarczenie :

- dokumentu potwierdzającego zameldowanie dziecka,
- skrócony odpis aktu urodzenia,
- zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu **(Dotyczy uczniów Branżowej Szkoły I Stopnia)**
- zaświadczenie z badań sanitarno-epidemiologicznych **(Dotyczy uczniów Branżowej Szkoły I Stopnia)**

Obowiązek informacyjny dla wychowanków i rodziców/ opiekunów prawnych

Pragniemy poinformować, że Administratorem danych osobowych jest Zespół Placówek w Gołotczyźnie w tym Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii i Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres ul. Aleksandry Bąkowskiej 29, 06 – 430 Sońsk lub drogą e-mailową pod adresem: sekretariat@zpgolotczyzna.pl . Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: ul. Aleksandry Bąkowskiej 29, 06 – 430 Sońsk lub drogą e-mailową pod adresem: aleksandra.wesek@medykciechanow.edu.pl.

Podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowych jest:

- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej;
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady EU z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), c), d) i e) oraz art. 9 ust. 2 w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych w ściśle określonym zakresie.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne lecz jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do realizacji celów statutowych Administratora w szczególności przeprowadzenia rekrutacji oraz rozpoczęcia nauki. Brak podania wszystkich wymaganych danych osobowych będzie stanowił przeszkodę do rozpoczęcia nauki oraz realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych przez placówkę. W zakresie, w jakim dane osobowe są zbierane na podstawie zgody, podanie danych osobowych jest dobrowolne.

Odbiorcami danych osobowych są:

- upoważnieni pracownicy Administratora;
- organy władzy publicznej i podmioty uprawnione do tego na podstawie przepisów prawa;
- podmioty organizujące olimpiady, konkursy i inne wydarzenia edukacyjne, w których uczeń będzie brał udział;

Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego wyżej zadania, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa, tj. dokumenty składane w procesie rekrutacji- 5 lat, księgi uczniów- 25 lat, arkusze ocen- 50 lat, a w przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych po ustaniu zadania bądź do czasu wycofania tej zgody. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.