………………………………………… Kielce, dnia…………….

(Imię i Nazwisko)

……………………………………………….

(Adres)

………………………………………………

(Tel. Kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE**

**RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

1. **Oświadczam,** że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka …………………………………………………………………………………….

(Imię i Nazwisko dziecka)

w roku szkolnym…………………… podczas samodzielnych wyjść z SOSW (rodzice/opiekunowie mają prawo określić dni i godziny wyjścia dziecka w czasie wolnym

i biorą pełną odpowiedzialność za jego bezpieczeństwo).

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

2. **Zobowiązuję się** do stałego utrzymywania kontaktów z wychowawcami SOSW

w sprawach wychowawczych i bezpieczeństwa mojego dziecka.

3. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić) na podejmowanie przez wychowawców decyzji w nagłych wypadkach zagrożenia zdrowia lub życia ( np. konieczność wykonania badań specjalistycznych) oraz w razie wystąpienia bólu lub gorączki na podanie leków przeciwbólowych………………………………………………………………………...

4. **Zobowiązuję się** do systematycznego regulowania płatności za wyżywienie dziecka

w placówce do dnia 15-tego każdego miesiąca **wyłącznie przelewem** na konto placówki

**Nr konta – 80 1050 1461 1000 0023 5341 4911**.

Do wpłat dokonanych po terminie będą naliczane odsetki karne.

5. W przypadku wyrządzenia szkody przez moje dziecko (zniszczenie sprzętu, pomieszczenia, zagubienia wypożyczonej książki lub inne) **zobowiązuję się** pokryć wszelkie koszty związane z naprawą lub zakupem.

6. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka w celu promocji placówki.

7. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na udział dziecka w dodatkowych zajęciach pozalekcyjnych proponowanych przez SOSW.

8. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na udział w zajęciach na basenie mojego dziecka.

9. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na posiadanie telefonu komórkowego  
o numerze………………………….. lub innego urządzenia elektronicznego przez moje dziecko. Jednocześnie oświadczam, że biorę całkowitą odpowiedzialność za w/w sprzęt w razie zagubienia, kradzieży itp.

…………………………………………………

(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

Kielce, dnia ……………………..

…………………………………..

(nazwisko, imię)

…………………………………..

(adres zamieszkania)

…………………………………..

(nr telefonu)

**Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………… legitymujący/ca się dowodem osobistym nr …………………………. oświadczam, że samotnie wychowuję ………….. dziecko/ci w wieku …………………………………….…lat

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia.

………………………………

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Kielce, dnia ……………………..

…………………………………..

(nazwisko, imię)

…………………………………..

(adres zamieszkania)

…………………………………..

(nr telefonu)

**Oświadczenie o wielodzietności rodziny ucznia**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………… legitymujący/ca się dowodem osobistym nr …………………………. oświadczam, że ilość osób w moim gospodarstwie domowym wynosi ……………………., w tym dzieci w wieku szkolnym………………

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia.

………………………………

(podpis rodzica lub ucznia pełnoletniego)

Kielce, dnia………………………

**Upoważnienie na podawanie leku**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………. legitymujący/ca się dowodem osobisty numeru ……………………………………. upoważniam nauczycieli/wychowawców w Ośrodku Szkolno - Wychowawczym dla Słabosłyszących i Niesłyszących w Kielcach przy ulicy Jagiellońskiej 30 do podawania mojemu synowi/ mojej córce………………………........urodzonemu/ej……………………....

zamieszkałemu/ej………………………………… leku………………………………………..

w następujących dawkach…………………………………………………………………….....

……………………………………

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

………………………………………………………

(Pieczątka Zakładu Opieki Zdrowotnej) (miejscowość, dnia)

**Zlecanie lekarskie na podawanie leku**

Zleca się podawanie…………………..................................urodzonemu/ej……………

zamieszkałemu/ej…………………………………...leku………………………………………

w następujących dawkach……………………………………………………………….............

**Lek może być podawany przez nauczycieli/wychowawców w Ośrodku Szkolno – Wychowawczym dla Słabosłyszących i Niesłyszących w Kielcach przy ulicy Jagiellońskiej 30.**

(pieczątka, podpis lekarza)

………………………………… Kielce, dnia …………………….

(Imię i Nazwisko)

………………………………….

………………………………….

(adres)

………………………………

(tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE**

**RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Oświadczam**,** że wyrażam zgodę na samodzielne wyjazdy do domu mojego dziecka

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

(Imię i Nazwisko dziecka)

w roku szkolnym ……………………. oraz biorę pełną odpowiedzialność za jego bezpieczeństwo w tym czasie.

Podpis rodzica /opiekuna/ …..……………...…………………

Kielce, dnia………………………

……………………………..

(nazwisko, imię)

……………………………..

(adres zamieszkania)

……………………………..

(nr telefonu)

**Upoważnienie do odbioru dziecka**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………. legitymujący/ca się dowodem osobistym nr …………………….….. upoważniam do odbioru mojego/ej syna/córki…………………………………………………………urodzonego/nej dnia ………………………….., ze Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego

dla Słabosłyszących i Niesłyszących w Kielcach przy ulicy Jagiellońskiej 30 przez następujące osoby:

1. …………………………………………. …………………………………….

(nazwisko, imię) (nr dowodu osobistego)

1. …………………………………………. …………………………………….

(nazwisko, imię) (nr dowodu osobistego)

1. …………………………………………. …………………………………….

(nazwisko, imię) (nr dowodu osobistego)

1. …………………………………………. …………………………………….

(nazwisko, imię) (nr dowodu osobistego)

1. …………………………………………. …………………………………….

(nazwisko, imię) (nr dowodu osobistego)

…………………………………… (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**WYRAŻAM ZGODĘ NA OTRZYMYWANIE POWIADOMIEŃ SMS**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………

Adres: ………………………………………………………………

Pesel:……………………………………………………………….

Imię i nazwisko dziecka:……………………………………………

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przesyłanie przez Zespół Placówek Szkolno – Wychowawczych w Kielcach przy ul. Jagiellońskiej 30 bezpłatnych, krótkich informacji tekstowych SMS na mój numer telefonu ………………………………………dotyczących:

1. wysokości odpłatności z pobyt dziecka (podopiecznego) w placówce,
2. pozostałych informacji finansowych,
3. innych spraw administracyjnych.

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że przekazywanie informacji SMS nie jest obowiązkiem Dyrektora ZPSW, a brak otrzymania informacji SMS nie wpływa w żaden sposób na mój obowiązek zapłaty należności pieniężnych w terminach określonych przez prawo.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie podanych osobowych oraz wykorzystanie ich w celach podanych w niniejszej zgodzie przez Dyrektora ZPSW.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) z dn. 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) informujemy, że Administratorem Państwa danych jest Dyrektor Zespołu Placówek Szkolno – Wychowawczych w Kielcach

Adres: ul. Jagiellońska 30, tel.41 367 62 78

Adres e – mail: [zpswkielce@poczta.onet.pl](mailto:zpswkielce@poczta.onet.pl)

Klauzula informacyjna znajduje się na stronie internetowej: www.zpsw.kielce.eu

……………………………………………

(data, podpis)