Konin, ……...…………………

****

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej**

**z Oddziałami Integracyjnymi nr 9**

**im. Bohaterów Westerplatte**

**w Koninie**

**Wniosek o dowóz dziecka niepełnosprawnego do szkoły**

**w roku szkolnym 2023/2024**

Zwracam/y się z prośbą o zapewnienie mojemu dziecku ……………………………………………………………………

 */imię i nazwisko dziecka/*

ur. …………………………………... transportu zbiorowego do Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 9 w Koninie.

Adres zamieszkania dziecka: ……………………………………………………………………..............................................

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

/ kod - *miejscowość - ulica, nr domu, nr mieszkania/*

**Uzasadnienie wniosku:** orzeczenie nr ……………….….……………. z dn. …………………………….… wydane przez

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

I. **Dane rodziców/opiekunów dziecka** ...............…………………………………................................................

 */imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych, tel. kontaktowy/*

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

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

II. **Dodatkowe informacje o dziecku** ……………………………………………………..……….......................................

 */ informacja dotycząca rodzaju niepełnosprawności dziecka, ( czy dziecko*

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

 *porusza się na wózku, czy samodzielnie*, *dodatkowe informacje o* *potrzebach i zachowaniach dziecka, niezbędne podczas korzystania*

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

 *z* *dowozu zbiorowego uczniów niepełnosprawnych)/*

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

III. **Upoważnienie do odbioru dziecka**

Upoważniam/y do odbioru dziecka od opiekuna dowozu, podczas mojej nieobecności następujące osoby:

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

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

/imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, nr dowodu osobistego, nr telefonu/

i biorę/bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data Czytelny podpis osoby upoważnionej

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECI ZE SZKOŁY**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr 9 im. Bohaterów Westerplatte w Koninie z siedziba ul. Fikusowa 8, 62-510 Konin

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@konin.um.gov.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przetwarzane w celu weryfikacji tożsamości przy odbieraniu dziecka ze szkoły oraz w szczególnych przypadkach braku kontaktu
z rodzicami lub opiekunami prawnymi dziecka na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia
o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

5) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane przez czas sprawowania opieki nad dzieckiem oraz czas wynikający z nadrzędnych przepisów prawa.

6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan,
 iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pan narusza przepisy RODO.

8) Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich
 / organizacji międzynarodowej.

9) Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

□ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szkołę Podstawową z Oddziałami Integracyjnymi nr 9 im. Bohaterów Westerplatte w Koninie z siedziba ul. Fikusowa 8, 62-510 Konin, moich danych osobowych (imienia, nazwiska, nr dowodu osobistego i nr telefonu) w celu weryfikacji podczas odbioru dziecka ( wpisać imię i nazwisko dziecka)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

□ Nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, o którym mowa powyżej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej