

**Kwestionariusz kandydata
do Katolickiego Liceum Ogólnokształcącego im. Jana Pawła II w Łodzi**

1. Nazwisko i imię /imiona/ ucznia.....
2. Data urodzenia.....miejsce urodzenia.....
województwo /dot. miejsca urodzenia/
3. PESEL ucznia.....
4. Nazwiska i imiona rodziców /prawnych opiekunów/:
ojca (opiekuna prawnego) nr PESEL
- matki (opiekuna prawnego) nr PESEL
5. Adres zamieszkania ucznia:
/ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, dzielnica/
6. Adres zamieszkania rodziców:.....
/ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, dzielnica/
.....
7. Telefony kontaktowe:
ojca: matki:
8. Nazwa parafii zamieszkania ucznia
9. Średnia ocen z kl. II gimnazjum i I półrocza kl. III
10. Nazwa i adres gimnazjum, do którego uczeń uczęszcza
-
11. Znajomość języka obcego i ilość lat nauki: j. angielski.....; j. niemiecki/i. francuski.....
12. Deklaracja klasy z językami: **j. angielski/ j. niemiecki** lub **j. angielski/ j. francuski**
lub **j. angielski/j. hiszpański**
(niepotrzebne skreślić)

Rodzice (opiekunowie prawni):

Matka -

Ojciec -

Łódź,

OŚWIADCZENIE O WYKORZYSTANIU WIZERUNKU DZIECKA

Wyrażam zgodę* / nie wyrażam zgody *

na wykorzystanie przez Katolickie Liceum Ogólnokształcące im. Jana Pawła II w Łodzi wizerunku mojego/naszego dziecka do celów szkolnych, tj. publikacji zdjęć i filmów z uroczystości szkolnych i pozaszkolnych na szkolnej stronie www, na szkolnych tablicach informacyjnych, w kronice szkoły/klasy, w szkolnej gazecie oraz profilu szkoły na portalach społecznościowych.

.....
Data i podpis matki/prawnej opiekunki*

.....
Data i podpis ojca/prawnego opiekuna*

Wyrażam zgodę */ nie wyrażam zgody*

na wykorzystanie przez dziennikarzy prasowych lub telewizyjnych realizujących reportaże w Katolickim Liceum Ogólnokształcącym im. Jana Pawła II w Łodzi wizerunku mojego/naszego dziecka do celów publikacji w środkach masowego przekazu (prasie, telewizji).

.....
Data i podpis matki/prawnej opiekunki*

.....
Data i podpis ojca/prawnego opiekuna*

DEKLARACJA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW DZIECKA W/S PRZEGLĄDÓW CZYSTOŚCI ORAZ OCHRONY ZDROWIA I ŻYCIA

Wyrażam zgodę* / Nie wyrażam zgody *

na przeprowadzanie w Katolickim Liceum Ogólnokształcącym im. Jana Pawła II w Łodzi przeglądów higienicznych skóry, włosów i zębów u mojego/naszego dziecka.

.....
Data i podpis matki/prawnej opiekunki*

.....
Data i podpis ojca/prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*

na dokonywanie wszelkich czynności związanych z ochroną zdrowia i życia mojego dziecka.

.....
Data i podpis matki/prawnej opiekunki*

.....
Data i podpis ojca/prawnego opiekuna

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 7 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oświadczam, **iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez administratora, którym jest Archidiecezja Łódzka, ul. Skorupki 1 Łódź – Organ prowadzący Katolickie Liceum Ogólnokształcące im. Jana Pawła II** danych osobowych mojego dziecka

..... którego jestem przedstawicielem ustawowym w celu:

- świadczenia usług w zakresie edukacji,
- realizacji zadań statutowych szkoły, prowadzenia konkursów i innych akcji związanych działalnością edukacyjną i promocyjną szkoły.

Powyższa zgoda została wyrażona dobrowolnie zgodnie z nr 32 i 40 Preambuły RODO.

.....
Data i podpis matki/prawnej opiekunki*

.....
Data i podpis ojca/prawnego opiekuna