

.....  
.....  
.....  
Lipno, dn. ....

.....  
(imię i nazwisko, adres, nr. telefonu)

***Dyrektor  
Zespołu Szkół Specjalnych  
w Lipnie***

W związku z faktem wydania przez Poradnię Psychologiczo – Pedagogiczną w Lipnie, Orzeczenia nr..... o potrzebie indywidualnych zajęć rewalidacyjno – wychowawczych mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko, data urodzenia)

wnioskuje o zorganizowanie tej formy w Zespole Szkół Specjalnych w Lipnie.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

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) zwanym dalej RODO informuje się, iż:

1. Administratorem danych osobowych uczniów jest Zespół Szkół Specjalnych w Lipnie ul. Okrzei 4, 87-600 Lipno;
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: Artur Spryszyński adres email: [biuro@odo-rodo.pl](mailto:biuro@odo-rodo.pl) nr tel. kom: 603 392 744
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych, zgodnie z Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. 2017, poz. 2198) oraz Ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r., poz., 59) na podstawie Art.6 ust.1 lit. C - spełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.
4. Dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w Ustawy.
5. Odbiorcami danych osobowych Uczniów będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
6. Każdy uczeń pełnoletni posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania ,usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody. W przypadku uczniów niepełnoletnich z prawa o którym mowa w niniejszym punkcie skorzystać mogą opiekunowie prawni.
7. Uczeń pełnoletni ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. W przypadku uczniów niepełnoletnich z prawa o którym mowa w niniejszym punkcie skorzystać mogą opiekunowie prawni.

.....  
(zapoznałem się – data, czytelny podpis opiekuna  
lub podpis pełnoletniego ucznia)

Lipno dnia .....

**ZGODA PEŁNOLETNIENGO UCZNIĄ/ OPIEKUNA UCZNIĄ NIEPEŁNOLETNIEGO\*  
NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH KONTAKTOWYCH  
ORAZ WIZERUNKU NA WWW I NA FACEBOOKU**

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na udostępnienie danych kontaktowych i wizerunkowych w przestrzeni publicznej i mediach ucznia:

.....  
(imię i nazwisko, klasa)

w przypadku wzięcia udziału w konkursie/wystawie/plenerze/imprezie promocyjnej\* organizowanego/organizowanej\* przez administratora danych – Dyrektora Zespołu Szkół Specjalnych w Lipnie.

Zgoda może być odwołana w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....  
(wyrażam zgodę – czytelny podpis  
ucznia/opiekuna ucznia)

\*niepotrzebne skreślić