 **SZKOŁA MUZYCZNA**

**I stopnia nr 3**

**im. prof. Marii Zduniak**

**Zespół Szkół nr 20 ul.Kłodnicka36, 54-218 Wrocław, tel/fax 71-798-68-96, e-mail: sekretariat.**[**muzyczna@zs20.pl**](mailto:muzyczna@zs20.pl)

**PODANIE DO SM – CYKL 4-LETNI (wiek kandydata: 8-16 lat)**

**INFORMACJA O KANDYDACIE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Imiona |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Wybrany instrument | 1. **………………………………..** 2. **………………………………..** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. PESEL |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  | |  |
| 1. Data urodzenia | Dzień | | | | Miesiąc | | | | | Rok | | | | | |
| 1. Miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Imię i nazwisko matki |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Imię i nazwisko ojca |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Adres zamieszkania |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Czy kandydat będzie miał zapewnioną możliwość codziennego ćwiczenia? | | | | | | | | | | | Tak | | | Nie | |
| 1. Czy kandydat posiada własny instrument? | | | | | | | | | | | Tak | | | Nie | |

**Załączniki:**

1. Jedna fotografia.
2. Zaświadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki w szkole muzycznej (dotyczy wszystkich kandydatów)[[1]](#footnote-2).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w celu realizowania procesów rekrutacyjnych do Szkoły Muzycznej I st. nr 3 w Zespole Szkół nr 20 we Wrocławiu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2018r., poz.1000).

Na podstawie Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informuję Panią/Panaże administratorem danych osobowych jest **Dyrektor Zespołu Szkół nr 20, ul. Kłodnicka 36, 54-218 Wrocław.** Kontakt do Inspektora Danych Osobowych możliwy jest pod adresem mailowym: abi@adametronics.pl, pod nr tel.: 608294903, Administrator zbiera i przetwarza dane osobowe Pani / Pana dziecka i członków jego rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym w zakresie dydaktyczno – wychowawczo – opiekuńczej działalności szkoły. Informuję, że przysługuje Pani /Panu prawo wglądu do zbieranych danych oraz uzupełniania, uaktualniania czy sprostowania w razie stwierdzenia, że dane są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Państwa dane osobowe będą przechowywane w czasie zgodnym w instrukcji kancelaryjnej. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisu prawa. Jednocześnie informuję, że administrator danych osobowych dołoży wszelkich starań, aby dane były zbierane, przetwarzane i chronione zgodnie z prawem.

*Wrocław, dnia …………………………….……………*

*(Podpis rodziców)*

1. Na podstawie art. 142 ust. 2 Ustawy Prawo Oświatowe. [↑](#footnote-ref-2)