**Załącznik Nr 6**

Do wniosku o przyjęcie kandydata niepełnoletniego do publicznej placówki zapewniającej opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania, prowadzonej przez Miasto Łódź.

*Szanowni Państwo,*

*Na podstawie art. 155 ustawy Prawo oświatowe możecie przekazać naszej placówce informacje dotyczące stanu zdrowia, stosowanej diety i rozwoju psychofizycznego waszych dzieci. Przekazanie informacji jest dobrowolne podobnie jak ich zakres.*

 *Jeśli zdecyduje się Pan/Pani przekazać takie dane, informujemy, że informacje te posłużą nam do zapewnienia Państwa dziecku odpowiedniej opieki, odżywiania oraz metod opiekuńczo-wychowawczych. Dane te będą przetwarzane przez uprawnionych pracowników oraz grono pedagogiczne. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych w naszej placówce znajdziecie Państwo na naszej stronie internetowej w zakładce: O nas/Ochrona danych osobowych*

*Informujemy również, że jeśli informacje te ulegną dezaktualizacji lub w okresie nauki dziecka pojawią się nowe okoliczności, możecie Państwo aktualizować podane informacje kontaktując się z wychowawcą.*

 *Jakie dane mogą mieć znaczenie dla zapewnienia uczniowi właściwej opieki: przewlekłe choroby, alergie, w tym pokarmowe, posiadanie opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej lub pozostawanie pod jej opieką. Informacje te mają charakter przykładowy. Zakres przekazanych danych zależy od Państwa decyzji.*

Ja, niżej podpisana/y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, w związku z pobytem mojego

 imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

 dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w Bursie Szkolnej Nr 12 w Łodzi:

 imię i nazwisko wychowanka

|  |  |
| --- | --- |
|  | nie przekazuję żadnych informacji o stanie zdrowia, diecie i rozwoju psychofizycznym mojego dziecka |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Przekazuję następujące informacje o stanie zdrowia, diecie i rozwoju psychofizycznym mojego dziecka |

\* zaznacz w lewym okienku wybraną opcję

**Informacje o stanie zdrowia/przyjmowanych lekach:**

**Informacje o diecie:**

**Informacje o rozwoju psychofizycznym:**

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

data i podpis rodzica/prawnego opiekuna