

.....
Imię i nazwisko ojca/ opiekuna prawnego

.....
Imię i nazwisko matki / opiekunki prawnej

OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Potwierdzamy zamiar zamieszkania dziecka w bursie:

.....
imię i nazwisko dziecka

Deklarujemy okres zamieszkania dziecka w bursie:

od 202....r.

od 202....r.

Niniejszym oświadczamy, że:

1. Zobowiązujemy się do regularnego wnoszenia opłat za pobyt dziecka w bursie i jesteśmy świadomi konsekwencji w przypadku powstania zadłużenia finansowego wobec bursy, tj. skreślenia dziecka z listy mieszkańców.
2. Informujemy, że płatnikiem za zakwaterowanie i wyżywienia dziecka w bursie będzie*.

.....
imię i nazwisko płatnika

.....
tel. kontaktowy

.....
Nr konta bankowego płatnika

Do niniejszego oświadczenia załączamy:

- Informacja o stanie zdrowia dziecka

.....
data

.....
podpisy rodziców/ opiekunów prawnych

* płatnikiem, oprócz rodzica / opiekuna prawnego, może być także inna osoba lub instytucja

Informacja o stanie zdrowia

Na podstawie art. 155 ustawy z 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U.2024.737 t.j.) rodzic / opiekun prawny podaje istotne informacje o stanie zdrowia dziecka lub inne informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w bursie. Wszystkie informacje podlegają ochronie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

.....
imię i nazwisko dziecka

Kogo powiadomić w razie wypadku, nagłej choroby dziecka lub konieczności wykonania badania lub zabiegu operacyjnego w placówce medycznej?

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

.....
tel. kontaktowy

Proszę zakreślić właściwą odpowiedź

Czy dziecko aktualnie się leczy?	TAK	NIE
Jeśli tak, to z jakiego powodu:.....		
Czy jest pod stałą opieką specjalisty?	TAK	NIE
Jeśli tak, to proszę podać jakiego:.....		
Czy przyjmuje jakieś leki?	TAK	NIE
Jeśli tak, to jakie:		
Czy jest na coś uczulone?	TAK	NIE
Jeśli tak, to na co:.....		
Czy wymaga specjalistycznej diety?	TAK	NIE
Jeśli tak, to jakiej:.....		
Czy wymaga specjalistycznej opieki psychologicznej/psychiatrycznej?	TAK	NIE
Jeśli tak, to z jakiego powodu:.....		
Czy było diagnozowane przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną?	TAK	NIE
Jeśli tak, to proszę załączyć opinię/orzeczenie:.....		
Czy miało epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?	TAK	NIE
Inne dolegliwości- jakie?		

.....
Dodatkowe informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki:

.....
.....

Niniejszym oświadczam, że powyższe informacje o stanie zdrowia dziecka są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się zgłaszać wychowawcy grupy wszelkie istotne zmiany w sytuacji zdrowotnej dziecka niezwłocznie po ich zaistnieniu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych wyżej danych osobowych w trybie art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO¹ przez Administratora – Bursę Szkolnictwa artystycznego w Warszawie w celu realizacji celów opiekuńczo – wychowawczych w czasie pobytu wychowanka w placówce.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych zawarte zostały w Informacji Administratora we wniosku o przyjęcie do Bursy.

.....
data i podpis rodziców/ opiekunów prawnych