

ZAŁĄCZNIK DO REGULAMINU ZAJĘĆ POZALEKCYJNYCH

1. Dane ucznia:

Imię i nazwisko ucznia:

Klasa:

Nazwa zajęć, na które zapisuje się uczeń: **SKS, KLASY 2-3**

Prowadząca zajęcia: **IRENEUSZ ZIELIŃSKI**

2. Dane kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Numer telefonu do kontaktu:

Adres e-mail (wymagane – do kontaktu w sprawie płatności):

3. Informacje dotyczące płatności:

Wpłata semestralna (proszę zakreślić ilość wybranych zajęć w tygodniu):

- ☐ Za jedno zajęcia w tygodniu – 250 zł (za jeden semestr), 250 zł (za drugi semestr).
- ☐ Za dwa zajęcia w tygodniu – 500 zł (za jeden semestr), 500 zł (za drugi semestr).
- ☐ Za trzy zajęcia w tygodniu – 750 zł (za jeden semestr), 750 zł (za drugi semestr).
- ☐ Za cztery zajęcia w tygodniu – 1000 zł (za jeden semestr), 1000 zł (za drugi semestr).

Liczba zajęć w roku szkolnym za jedno zajęcia w tygodniu: 30 (2 × 15 zajęć).

Zaznacz wybrany termin/terminy zajęć:

- ☐ Wtorek godz.:13.50 -14.35
- ☐ Wtorek godz.:15.35 -16.20
- ☐ Czwartek godz.: 12.50 -13.35
- ☐ Piątek godz.: 12.50 - 13.35

Numer konta bankowego do opłat:

RADA RODZICÓW PKO BANK POLSKI: **39 1440 1026 0000 0000 0420 4174**

Konieczne z dopiskiem: **DAROWIZNA, NAZWA ZAJĘĆ - SKS, imię i nazwisko dziecka, klasa.**

Termin dokonania wpłaty za 1 semestr: do 20 października 2025 r.

Termin dokonania wpłaty za 2 semestr: do 14 lutego 2026 r.

Wpłaty mają charakter ryczałtowy i są niezależne od frekwencji ucznia. Nie przewiduje się zwrotów całości ani części wniesionych opłat w przypadku nieobecności dziecka na zajęciach.

4. Oświadczenie o zapoznaniu się z regulaminem:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Regulaminem zajęć pozalekcyjnych” dostępnym na stronie internetowej szkoły (zakładka rada rodziców) i przyjmuję jego postanowienia do wiadomości oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.

5. Zgoda na udział w zajęciach:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach pozalekcyjnych organizowanych w szkole.

6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka oraz moich danych kontaktowych w celu organizacji zajęć pozalekcyjnych oraz weryfikacji wpłat.

Klauzula informacyjna:

Administratorem danych osobowych jest Rada Rodziców przy SP 18 w Gdyni z siedzibą w Gdyni przy ulicy Krasickiego 28. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu organizacji zajęć pozalekcyjnych oraz weryfikacji wpłat. Dane nie będą udostępniane innym podmiotom, poza przypadkami przewidzianymi przepisami prawa. Dane będą przechowywane do zakończenia roku szkolnego 2025/2026. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, ich poprawiania, ograniczenia przetwarzania oraz żądania ich usunięcia. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału dziecka w zajęciach.

7. Informacje o stanie zdrowia ucznia (opcjonalnie):

Czy uczeń ma jakiekolwiek alergie, choroby lub inne problemy zdrowotne, które powinny być uwzględnione podczas zajęć?

.....

Jeśli tak, proszę podać szczegóły:

8. Zgoda na samodzielny powrót (opcjonalnie):

Czy wyraża Pani/Pan zgodę, aby dziecko mogło samodzielnie wracać do domu po zajęciach (zakreśl odpowiednie)?

☐ Tak

☐ Nie

9. Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego:

Data:

Podpis: