

Karta ustaleń z rodzicem/ prawnym opiekunem/ uczniem

Ustalenia zawierane są na jeden etap edukacyjny.

rok szkolny	Miejscowość, data	Podpis rodzica/opiekuna prawnego/ ucznia	Podpis rodzica/opiekuna prawnego
...../.....			
...../.....			
...../.....			
...../.....			

I. Dane osobowe ucznia

Imię: Drugie imię: Nazwisko:

Adres zameldowania:

Adres korespondencyjny [jeśli inny niż zameldowania]:

.....

Zmiany adresu:

.....

.....

II. Dane osobowe rodziców/opiekunów prawnych

1. Imię: Nazwisko:

Adres zamieszkania:.....

2. Imię: Nazwisko:

Adres zamieszkania:.....

Numerы telefonów rodziców/opiekunów prawnych:

	Nr telefonu	Zmiany
Numer telefonu rodzica/opiekuna prawnego		
Numer telefonu rodzica/opiekuna prawnego		

Oświadczam[y], że sprawuję [my] opiekę prawną nad wyżej wymienionym uczniem/uczennicą [proszę zakreślić odpowiednią opcję]:

1. Opiekun prawny	Matka – opieka całkowita	Matka – opieka ograniczona
2. Opiekun prawny	Ojciec – opieka całkowita	Ojciec – opieka ograniczona

Uwagi/zmiany:

.....

.....

Proszę zakreślić właściwe:

Opieka nad uczniem/uczennicą do 18 r.ż.	tak	nie
Opieka nad uczniem/uczennicą ubezwłasnowolnionym/ną częściowo	tak	nie
Opieka nad uczniem/uczennicą ubezwłasnowolnionym/ną całkowicie	tak	nie

III. Zgody obowiązkowe

Jestem uczniem/uczennicą pełnoletnim[nią] posiadającym[ca] pełną zdolność do czynności prawnych [proszę zakreślić odpowiednią opcję]: **TAK / NIE DOTYCZY**

Jestem uczniem/uczennicą pełnoletnim[nią] upoważniającym[ca] [proszę zakreślić odpowiednią opcję]: **moich rodziców / matkę / ojca** do występowania wraz ze mną lub w moim imieniu w sprawach związanych z moim pobytem w Ośrodku / **NIE DOTYCZY**

	Podpis	Uwagi/zmiany
Wyrażam[y] zgodę na obserwację i zajęcia prowadzone przez studentów w Centrum Autyzmu.		
Wyrażam[y] zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych ucznia /uczennicy/moich pozyskanych w związku z pobytem w Ośrodku oraz wykorzystanie ich w celach pracy placówki – dydaktycznej, wychowawczej, opiekuńczej i rewalidacyjnej		
Wyrażam[y] zgodę na podjęcie działań medycznych w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia ucznia/uczennicy/mojego przed przybyciem osób upoważnionych, w tym wezwanie służb medycznych		
Wyrażam[y] zgodę na stosowanie przez personel Ośrodka procedur związanych z sytuacjami trudnymi w tym z występowaniem zachowań agresywnych powodujących zagrożenie zdrowia i życia ucznia/uczennicy oraz osób innych, w tym wezwanie w przypadku krytycznym służb medycznych i porządkowych.		

IV. Wyrażam[y] zgodę na[proszę zaznaczyć odpowiednie pole w tabeli]:

	TAK	NIE	UWAGI/ZMIANY
Przeprowadzanie [na bieżąco] diagnozy psychologicznej i/lub pedagogicznej dla potrzeb planowania nauczania i terapii oraz opiniowana dla celów orzecznictwa Wgląd do dokumentacji medycznej oraz wyników badań psychologicznych i pedagogicznych w celu wykonywania czynności służbowych przez: <ul style="list-style-type: none"> • pracowników pedagogicznych ośrodka • pielęgniarkę szkolną • pracowników oddziału dziennego Poradni dla Osób z Autyzmem i Pokrewnymi Zaburzeniami Rozwoju Do wykonywania przez nich czynności służbowych.			
Wykorzystanie wizerunku mojego dziecka/mojego [w tym na nośnikach foto, film) do celów oświatowych, t.j.: <ul style="list-style-type: none"> • prezentacja na stronie internetowej • tablicach tematycznych na terenie Ośrodka • tablicach tematycznych poza terenem Ośrodka • w folderze prezentującym Ośrodek • podczas praktyk studenckich i nauczycielskich • podczas konferencji i szkoleń organizowanych przez Ośrodek • w programach TV 			
Uczestnictwo w wycieczkach dydaktycznych/ zawodoznawczych/ rekreacyjnych jednodniowych po przedstawieniu informacji o tych wydarzeniach, ich miejscu, czasie i warunkach uczestnictwa poprzez informację przekazaną w ustalony sposób			
Objęcie opieką doradcy zawodowego w formie ustalonej przez szkołę			
Na uczestnictwo w zajęciach z wychowania fizycznego w formie ustalonej przez szkołę oraz w zawodach sportowych			

V. Prosimy o zwolnienie:

	TAK	NIE	NIE DOTYCZY	UWAGI/ZMIANY [okres obowiązywania zwolnienia]
Z zajęć wychowania fizycznego zgodnie z zaświadczeniem lekarskim				
Z informatyki zgodnie z zaświadczeniem lekarskim				
Z języka obcego				

VI. Transport

1. Wyrażam(-amy) zgodę na:

1. samodzielne opuszczanie przez w/w ucznia/uczennicę terenu Ośrodka po zajęciach szkolnych
TAK/NIE/NIE DOTYCZY

2. samodzielne opuszczanie przez w/w wychowanka (dotyczy wychowanków internatu) terenu
Ośrodka po zajęciach szkolnych i samodzielny wyjazd do domu TAK / NIE / NIE DOTYCZY

3. Wskazuję (-my) sposób odbioru w/w ucznia /uczennicy przez:

1. Taxi „Partner” TAK/NIE

2. Odbiór osobisty rodzica/ prawnego opiekuna.....

3. Ustanowione osoby do odbioru:

..... Telefon.....
..... Telefon.....
..... Telefon.....
..... Telefon.....

IX. Informuję(-emy), że:

1. Zapoznaliśmy (-łem/ł-am/) się/zapoznam (-amy) się ze wszystkimi wewnętrznymi aktami prawnymi
Ośrodka związanymi z pobytem ucznia/uczennicy w nim przeznaczonych dla rodziców/prawnych
opiekunów TAK/ NIE

Uwagi/Zmiany:.....
.....
.....

.....
Podpis Dyrektora

.....
Podpis wychowawcy