

.....
Imię i nazwisko uczennicy (ucznia) Społecznego Liceum Ogólnokształcącego nr 99 STO w Warszawie

OŚWIADCZENIE RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO)

W SPRAWIE STATUTU SZKOŁY

Niniejszym oświadczam, że znana mi jest treść aktualnie obowiązującego statutu Społecznego Liceum Ogólnokształcącego nr 99 STO w Warszawie. Zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień.

data

czytelny podpis

OŚWIADCZENIE RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO)

W SPRAWIE OPŁAT ZA NAUKĘ

Niniejszym oświadczam, że znana mi jest wysokość miesięcznych opłat za naukę dziecka w Społecznym Liceum nr 99 STO w Warszawie, obowiązujących od dnia 1 września 2025 roku, wynosząca:

- w klasach 1-3 Liceum **2450 złotych**, płatne od września do czerwca;
- w klasie maturalnej **3062,50 złotych**, płatne od września do kwietnia;

z zastrzeżeniem, że w przypadku drugiego i dalszych moich dzieci uczących się aktualnie w Zespole Szkół STO na Bemowie, korzystają one zniżki w opłacie w wysokości **270 złotych** miesięcznie, jak również, że w przypadku wpłacenia czesnego z góry za cały rok szkolny przysługuje mi dla każdego dziecka zniżka w wysokości ustalonej przez Zarząd SKT nr 69 STO.

Zgodnie z par. 6 ust. 2 Statutu Społecznego Liceum Ogólnokształcącego nr 99 STO w Warszawie, zobowiązuję się uiszczać opłatę za naukę mojego dziecka z góry, do 8-go dnia każdego miesiąca.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku:

1. opóźnienia opłaty Szkoła może naliczać odsetki w wysokości ustawowej,
2. zaległości w opłatach przekraczającej dwa miesiące Dyrektor Szkoły na podstawie art. 6 ust. 8 Statutu Szkoły może podjąć decyzję o skreśleniu dziecka z listy uczniów,
3. uczniów klas 1-3, w razie zaistnienia zaległości w opłatach za naukę w ostatnim dniu czerwca w roku szkolnym Szkoła może odmówić przyjęcia mojego dziecka do następnej klasy.

data

czytelny podpis

OŚWIADCZENIE

Upoważniam wychowawcę klasy, Dyрекcję oraz pracowników sekretariatu Zespołu Szkół STO do korzystania z podanych niżej numerów telefonu do celów związanych z pobytem i nauką w Szkole mojego dziecka:

.....
/ imię i nazwisko uczennicy/ucznia /

Opis (do kogo, w jakich godzinach, sytuacjach, itp.)	Numer telefonu

Jednocześnie przyjmuję zapewnienie Dyrekcji szkoły, że podane numery nie będą udostępniane osobom trzecim ani wykorzystywane w celach innych, niż wymienione powyżej.

data

czytelny podpis



OŚWIADCZENIE

zgody na przetwarzanie danych osobowych

dotyczy uczennicy / ucznia

**Zespołu Szkół STO w Warszawie
ul. Muszłowa 15**

.....
/ imię i nazwisko uczennicy (ucznia) /

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie:

- danych osobowych mojego dziecka oraz rodziców (opiekunów prawnych),
- wizerunku mojego dziecka w gazetkach i tablicach szkolnych oraz na stronie internetowej Zespołu Szkół STO (niepotrzebne skreślić),

przez:

**Zespół Szkół Społecznego Towarzystwa Oświatowego
w Warszawie, ul. Muszłowa 15**

w zakresie działalności dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczej zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U.z 1997 r., poz 883 z późniejszymi zmianami) oraz Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz. U. 2017 poz. 1646) i Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2001 r. w sprawie warunków i trybu przyjmowania uczniów do publicznych przedszkoli i szkół oraz przechodzenia z jednych typów szkół do innych (Dz. U. Nr 97 poz. 1054).

data

czytelny podpis
rodzica/prawnego opiekuna

**OŚWIADCZENIE RODZICA DOTYCZĄCE OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ NA
TERENIE ZESPOŁU SZKÓŁ STO W WARSZAWIE, UL. MUSZŁOWA 15**

Dyrektor Zespołu Szkół STO
ul. Muszłowa 15
01-357 Warszawa

Jako rodzic (opiekun prawny)

.....

/imię i nazwisko dziecka/

uczennicy / ucznia klasy

1. Zgadzam się/nie zgadzam się* na doraźne podanie leku w razie złego samopoczucia lub nagłego zachorowania w czasie pobytu w szkole.
2. Zgadzam się/nie zgadzam się* na objęcie dziecka opieką medyczną na terenie szkoły – dotyczy wyłącznie ucznia przewlekle chorego lub z niepełnosprawnością.

Powyższe decyzje obowiązują do odwołania albo do zakończenia nauki w Szkole.

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....

** Prosimy o zaznaczenie swojego wyboru*

**ZGODA RODZICA NA DEPONOWANIE W SEKRETARIACIE
URZĄDZENIA ELEKTRONICZNEGO DZIECKA W PRZYPADKU
UŻYCIA GO NIEZGODNIE Z ZASADAMI ZAPISANYMI
W STATUCIE SZKOŁY**

Dyrektor Zespołu Szkół STO
ul. Muszłowa 15
01-357 Warszawa

Wyrażam zgodę na zdeponowanie w sekretariacie Szkoły urządzenia elektronicznego
posiadanego przez moje dziecko

.....
/imię i nazwisko dziecka/

w przypadku wykorzystania go w sposób sprzeczny z zasadami zapisanymi
w artykułach 61-64 statutu Społecznego Liceum Ogólnokształcącego nr 99 STO
w Warszawie.

Niniejsza zgoda obowiązuje do 30 września 2026 roku, albo do dnia odejścia dziecka
ze Szkoły, o ile nastąpi to wcześniej.

Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....

