BEIRATKOZÁSI ADATLAP

TANULÓI ADATOK	
Név:	Oktatási azonosító:
Születési helye:	Születési ideje:
Állampolgársága:	Anyanyelve:
Állandó lakcíme:	Tartózkodási helye:
E-mail címe:	Telefonszáma:
Személyi igazolvány száma:	
TAJ száma:	Tanuló adószáma:
Rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény: **Igen / nem*** *(*megfelelő aláhúzandó)*	Sajátos nevelési igény (SNI, BTMN): **Igen / nem*** *(*megfelelő aláhúzandó)*
Fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizált: **Igen / nem*** *(*megfelelő aláhúzandó)*	
ÉDESANYA / GONDVISELŐ* *(*megfelelő aláhúzandó)* **ADATAI**	
Anyja születési neve:	Anyja telefonszáma:
Anya viselt neve:	
Anyja e-mail címe:	
Anya állandó lakcíme:	
ÉDESAPA / GONDVISELŐ* *(*megfelelő aláhúzandó)* **ADATAI**	
Apa neve:	Apja telefonszáma
Apa állandó lakcíme:	Apja e-mail címe:
Gondviselő (ha eltér) **név, rokonsági fok, tel. cím**	

Hozzájárulok, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény 41.§ (4) – (9), 44.§ (3) - (6), az oktatási nyilvántartásról szóló 2018. évi LXXXIX. törvény, a nevelési oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012 (VIII.31.) EMMI rendelet, a nemzeti köznevelésről szóló törvény végrehajtásáról szóló 229/2012. (VIII.28.) Kormányrendelet, az Európai Parlament és a Tanács által elfogadott, a személyes adatok védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló rendelete (2016/679.) (General Data Protection Regulation, rövidítve: GDPR) alapján gyermekem adatait az intézmény a tanulói nyilvántartáshoz felhasználja, továbbá a 44.§ (3) - (6) alapján a Közoktatási Információs Rendszerben (KIR) nyilvántartsa, további jogszabályban, valamint a Nyíregyházi Vasvári Pál Gimnázium Adatkezelési Szabályzatában foglaltaknak figyelembevételével harmadik személynek eljuttassa.

BEIRATKOZÁSI ADATLAP

Az alábbiakban nyilatkozom, hogy gyermekem vonatkozásában szülői jogok korlátozásából eredő tájékoztatási tiltás

a) fennáll b) nem áll fenn*

Amennyiben a jogkorlátozás fennáll, az erről szóló határozatot kérjük eljuttatnia az intézménybe.

BTMN / SNI

Kijelentem, hogy a fenti adatok valóságnak megfelelnek.

Nyíregyháza, 2026. június 26.

_____

szülő/gondviselő*

*a megfelelő aláhúzandó