

.....
miejsowość , data

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego w Zespole Szkół nr 1 w Kalwarii
Zebrzydowskiej

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka

do Oddziału Przedszkolnego w Zespole Szkół nr 1 w Kalwarii Zebrzydowskiej do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w oddziale przedszkolnym w godzinach: od do

Działając na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i art. 7 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, przez Administratora:
Zespół Szkół nr 1 w Kalwarii Zebrzydowskiej

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego