

KARTA POTWIERDZENIA KONTYNUACJI

Pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia w formularzu.

Potwierdzam wolę kontynuacji uczęszczania mojego dziecka do jednostki:

Nazwa jednostki*	Nazwa grupy*
Zespół Szkolno-Przedszkolny w Łobzowie Przedszkole Publiczne	3,4,5 latki 5,6 latki

DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA

Imiona:*						Nazwisko: *					
PESEL*											
Data urodzenia*			dzień			miesiąc			rok		
W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj, serię oraz numer innego dokumentu tożsamości:											

DANE KONTAKTOWE KANDYDATA

Dane kontaktowe			
Telefon		Adres e-mail	

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH

Przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z art.6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia 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), administratorem danych jest Zespół Szkolno-Przedszkolny w Łobzowie. Pełna treść klauzuli znajduje się na stronie internetowej szkoły www.zsplobzow.wolbrom.pl. Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania.

.....
podpis matki/opiekunki prawnej

.....
podpis ojca/opiekuna prawnego

....., dnia