Góra,…….

……
(nazwisko i imiona matki dziecka/prawnego opiekuna)

…….
(adres zamieszkania matki dziecka/prawnego opiekuna)

……
(telefon)

.....
(nazwisko i imiona ojca dziecka/prawnego opiekuna)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej im. Powstańców
Wielkopolskich w Górze

……
(adres zamieszkania ojca dziecka/prawnego opiekuna)

……..
(telefon)

OŚWIADCZENIE WOLI*

przyjęcia dziecka do klasy pierwszej w roku szkolnym 2023/2024

W związku z umieszczeniem mojego/naszego** dziecka:

Imię (imiona) i nazwisko dziecka: **.....**

PESEL: .....

na liście zakwalifikowanych kandydatów do klasy pierwszej w roku szkolnym 2023/2024 oświadczam/oświadczamy**, że wyrażam/wyrażamy** **wolę przyjęcia dziecka do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej im. Powstańców Wielkopolskich w Górze.**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych dziecka zgodnie z zadaniami statutowymi szkoły.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

……
Podpis rodzica/rodziców (prawnych opiekunów):

**niepotrzebne skreślić