Góra,………………………

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

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

…………………………………………………………… (telefon)

 Dyrektor

(nazwisko i imiona ojca dziecka/prawnego opiekuna) Szkoły Podstawowej im. Powstańców Wielkopolskich w Górze

………………………………………………………… (adres zamieszkania ojca dziecka/prawnego opiekuna)

…………………………………………………….. (telefon)

OŚWIADCZENIE WOLI[[1]](#footnote-1)

przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego w roku szkolnym 2024/2025

W związku z umieszczeniem mojego/naszego\*\* dziecka:

Imię (imiona) i nazwisko dziecka:

PESEL:

na liście zakwalifikowanych kandydatów do oddziału przedszkolnego w roku szkolnym 2023/2024 oświadczam/oświadczamy\*\*, że wyrażam/wyrażamy\*\* wolę przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego przy Szkole 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):

1. \*\*niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)