

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

....., dnia.....
Miejscowość

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Dyrektor
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Białogardzie
78-200 Białogard, ul. Dworcowa 2

**ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA/UCZNIA/SŁUCHACZA W ZAJĘCIACH
ZORGANIZOWANYCH NA TERENIE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/PLACÓWKI *
PROWADZONYCH PRZEZ PRACOWNIKÓW PP-P W BIAŁOGARDZIE**

Imię i nazwisko
(mojego dziecka, podopiecznego, pełnoletniego ucznia)*

PESEL:

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

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:.....

Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub placówki:

Klasa, oddział, grupa wychowawcza:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej PP-P w Białogardzie na podstawie 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) (TZ.U.U.E.L2016.119.1 z dnia 2016.05.04)

.....
czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia/słuchacza*

*właściwe podkreślić