

Warszawa, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 19 w miejscu

Uprzejmie proszę o wydanie zaświadczenia/informacji o moim dziecku

.....Nr PESEL .....

ur. .... W .....

zam. ....

uczeń szkoły....., kl. ....

Uzasadnienie: .....

**Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych 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

.....  
(czytelny podpis rodzica)

Odebrałam/em dn. ....

.....  
(czytelny podpis rodzica)

Warszawa, dnia .....

.....  
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 19 w miejscu

Uprzejmie proszę o wydanie zaświadczenia/informacji o moim dziecku

.....Nr PESEL .....

ur. .... W .....

zam. ....

uczeń szkoły....., kl. ....

Uzasadnienie: .....

**Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych 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

.....  
(czytelny podpis rodzica)

Odebrałam/em dn. ....

.....  
(czytelny podpis rodzica)