

Sokołowice, dnia

**POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW KANDYDATA WOLI PRZYJĘCIA
DO ODDZIAŁU WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO
W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. ORŁA BIAŁEGO W SOKOŁOWICACH**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

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

(nr PESEL dziecka)

do oddziałów wychowania przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Orła Białego
w Sokołowicach, do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych

.....

Na podstawie art.13 i 14 RODO administratorem danych jest Szkoła Podstawowa im. Orła Białego w Sokołowicach. Pobranie i przetwarzanie danych osobowych wskazanych w formularzu oparte jest na podstawie art. 6 ust.1 lit.a oraz art.9 ust.2 lit.a.- zgoda; art.6 ust.1 lit. c – realizacja zapisów prawnych; art.6 ust.1 lit. e – wykonywanie zadań publicznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych można uzyskać w siedzibie Szkoły Podstawowej im. Orła Białego w Sokołowicach lub na stronie www.

<https://spsokolowice.szkolnastrona.pl/start>

Bezpośredni link

<https://spsokolowice.szkolnastrona.pl/p,126,klauzula-informacyjna>