

Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

Sz. P. Dyrektor

Szkoły Podstawowej nr 7

W Koninie

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do klasy Szkoły Podstawowej nr 7 w Koninie od dnia 1 września 2019 r. mojego dziecka: (imię i nazwisko), urodzonego dnia w PESEL, zam., aktualnie ucznia klasy Publicznej Szkoły Podstawowej Nr w Koninie.

.....
Podpis rodzica

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, mojego dziecka (imię i nazwisko) Zbieranych przez **Szkołę Podstawową nr 7 w Koninie**, która jest administratorem danych osobowych uczniów. Zgodnie z art.7 i 9 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.

Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań związanych z naborem do klas 1-7.

.....
(data i podpis rodzica)