

PODANIE

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

.....
.....
(Adres zamieszkania)

Proszę o przyjęcie mojego syna/ mojej córki

do klasy **Niepublicznej Szkoły Podstawowej im. Akcji III Most**
w Przybysławicach od roku szkolnego

.....
(drugie imię dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....
(imiona rodziców/ prawnych opiekunów)

.....
(numer PESEL dziecka)

.....
(adres zameldowania dziecka)

.....
(numer telefonu kontaktowego)

.....
(miejsce pracy rodziców/ prawnych opiekunów, telefon kontaktowy)

Wyrażam zgodę na uczęszczanie mojego dziecka na lekcje religii

.....
Podpis rodziców/ prawnych opiekunów/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Niepubliczną Szkołę Podstawową im. Akcji III Most w Przybysławicach danych osobowych mojego dziecka oraz moich do celów związanych z dokumentacją szkoły, w tym przede wszystkim dokumentacją realizacji obowiązku szkolnego, przebiegu nauczania jak również w celu publikacji na szkolnej stronie internetowej i w lokalnych mediach osiągnięć i wyróżnień uczniów, rankingów, zdjęć i opisów imprez uroczystości szkolnych i pozaszkolnych.

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, ze zm.) - oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodziców/ prawnych opiekunów/