Sokołowice, dnia ……………………………….

**POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW KANDYDATA WOLI PRZYJĘCIA**

**DO ODDZIAŁU WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO**

**W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. ORŁA BIAŁEGO W SOKOŁOWICACH**

**Potwierdzam wolę zapisu dziecka:**

…………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(nr PESEL dziecka)

*( imię i nazwisko 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>