

Stargard, dnia.....

.....
(Nazwisko i imię dziecka)

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

.....
(Adres zameldowania/pobytu)

.....
(Numer PESEL rodzica)

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii
w Stargardzie

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dziecka

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, celem przekazywania informacji do np. SIO, OKE i promocji Ośrodka i szkoły na terenie placówki jak i poza nią na czas nauki w naszej szkole jak i po jej zakończeniu.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

Zgoda na przetwarzanie danych wrażliwych dziecka

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych wrażliwych mojego dziecka (np. danych dot. stanu zdrowia dziecka) na terenie placówki jak i poza nią na czas nauki w naszej szkole jak i po jej zakończeniu.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

*niepotrzebne skreślić