

OŚWIADCZENIE WOLI *

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka

.....

w roku szkolnym 2024/2025 do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej
im. Integracji Europejskiej w Przybynowie.

Podpisy rodziców/opiekunów prawnych:

.....

.....

Przybynow, dnia

* Na podstawie art. 60 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks Cywilny (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz.459)

Administratorem podanych danych osobowych jest Szkoła Podstawowa im. Integracji Europejskiej w Przybynowie z siedzibą: **42-310 Żarki, Przybynow, ul. Szkolna 2**; NIP: 577-17-85-421 reprezentowanym przez Dyrektora Szkoły oraz, że : wszelkie informacje o celach i czasie przetwarzania oraz przysługujących prawach uzyskacie Państwo: drogą mailową : podstawowa5@gazeta.pl , iod@gimpmyszkow.pl lub w siedzibie Administratora.