

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka zakwalifikowanego w postępowaniu rekrutacyjnym
do Przedszkola w Rybnie

Potwierdzam wolę zapisu naszego/mojego dziecka*

.....
Imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka

.....
data urodzenia dziecka

.....
miejsce urodzenia

w roku szkolnym 2024/2025 do Przedszkola w Rybnie.

Jednocześnie deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu od poniedziałku do piątku

w godzinach od..... do.....

oraz korzystanie w tym czasie z posiłków dziennie.

(podać ilość)

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA

.....
kod pocztowy

.....
miejscowość

.....
ulica

.....
nr domu

.....
nr mieszkania

DANE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

.....
imię i nazwisko matki dziecka/opiekuna prawnego*

.....
nr telefonu/e-mail

.....
adres zamieszkania matki dziecka

.....
imię i nazwisko ojca dziecka/opiekuna prawnego*

.....
nr telefonu/e-mail

.....
adres zamieszkania ojca dziecka

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE TREŚCI ZGŁOSZENIA
I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszej deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego*

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego*

O BOWIĄZEK INFORMACYJNY

Informacje na temat przetwarzania danych osobowych, zgodnie z wymogami art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dostępne są w gabinecie dyrektora przedszkola, na stronie internetowej przedszkola www.przedszkole.gminarybno.pl, telefonicznie pod numerem telefonu 23 69 66 094, 510 265 414.

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego*

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego*

.....
data przyjęcia deklaracji (wypełnia placówka)

* **niepotrzebne skreślić**