

....., dnia.....
Miejscowość

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Dyrektor
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Białogardzie
78-200 Białogard, ul. Dworcowa 2

**ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA/UCZNIA/SŁUCHACZA* W ZAJĘCIACH
ZORGANIZOWANYCH NA TERENIE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/PLACÓWKI *
PROWADZONYCH PRZEZ PRACOWNIKÓW PP-P W BIAŁOGARDZIE**

Imię i nazwisko
(mojego dziecka, podopiecznego, pełnoletniego ucznia/słuchacza)*

PESEL:

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

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:.....

Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub placówki:

Klasa, oddział, grupa wychowawcza:

.....
czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia/słuchacza*

*właściwe podkreślić

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO