Zał. Nr 9

Stadła, dnia..............................

………………………………………………………………  
Imię i nazwisko rodziców

................................................................  
……………………………………………………………...  
 Adres

**OŚWIADCZENIE WOLI RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA /  
KANDYDATA ZAKWALIFIKOWANEGO DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO   
W SZKOLE PODSTAWOWEJ W STADŁACH**

Oświadczam, że wyrażam wolę , aby moje dziecko ..................................................................  
ur. ..............................................................  
zam. ..........................................................................  
uczęszczało w roku szkolnym 2024/2025 do ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO w Szkole  
Podstawowej w Stadłach.

................. ..................................................  
( podpis rodziców/opiekunów prawnych)

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z rekrutacją zgodnie z art. 13 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 oraz przysługuje mi prawo dostępu do ich treści i ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania ich przetwarzania oraz całkowitego usunięcia.  
2. Administratorem Pani/Pana/ dziecka danych osobowych jest Szkoła Podstawowa   
w Stadłach reprezentowana przez Dyrektora.