Biczyce, dnia ………………………………………

(imię i nazwisko)

……………………………………………..

(adres zamieszkania)

………………………………………………

(tel. kontaktowy)

………………………………………………

 **ZWOLNIENIE UCZNIA**

**-**Proszę o zwolnienie mojego dziecka ………………………………………………………….…………ucznia klasy ………

**-**Z zajęć lekcyjnych w dniu …………………………………… od godziny ………………….. do godziny ……………....

**-**Dziecko może samo wyjść ze szkoły/ dziecko odbierze Pan/Pani.…………………………………………………….. nr dowodu osobistego ……………………..\*

**-**Ponoszę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo i zdrowie mojego dziecka pozostającego

pod moją opieką od momentu zwolnienia dziecka z zajęć i biorę pełną odpowiedzialność

prawną za pobyt i bezpieczeństwo mojego dziecka w tym czasie poza terenem szkoły zgodnie z art.148 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

………………………………………….. ……………………………………………………

 (nr dowodu tożsamości) (podpis rodzica)

 \*właściwe wybrać /jeśli rodzic odbiera osobiście dziecko tego punktu nie uzupełnia

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 Podpis nauczyciela pieczątka szkoły

Administratorem danych osobowych zawartych w „zwolnienie...” jest Szkoła Podstawowa w Biczycach Dolnych, z siedzibą Biczyce Dolne 30. Dane przetwarzane są wyłącznie w celu zwolnienia (zgodnie z wolą rodziców) dziecka . Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo dostępu do ich treści oraz możliwość ich poprawiania. Dane nie będą ujawniane innym odbiorcom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów.

Podanie danych jest dobrowolne.

Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. zostaje spełniony poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej szkoły.

W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się pod numerem telefonu: 18 4430788