

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
miejscowość, data

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefon

Proszę o przeniesienie dokumentów mojego dziecka

Imię i nazwisko data urodzenia

numer

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

PESEL w przypadku braku numeru PESEL – serię i dokumentu potwierdzającego jego tożsamość

ucznia szkoły / p-la

adres zamieszkania

z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Nowym Dworze Gd. ul. 3-go Maja 6, 82-100

Nowy Dwór Gd. do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej

.....
(numer i adres Poradni)

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej córki*/mojego syna*

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego