…………………………………………….

 miejscowość, data

**POTWIERDZENIE WOLI**

**podjęcia edukacji wczesnoszkolnej**

Potwierdzam wolę podjęcia edukacji wczesnoszkolnej w roku szkolnym 2023/2024

w klasie pierwszej w Szkole Podstawowej im. gen. Stanisława Skalskiego

w Polichnie.

przez moje/ nasze dziecko:

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

imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer PESEL dziecka

…………………………………………………

miejsce urodzenia dziecka

*Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym potwierdzeniu woli podjęcia edukacji wczesnoszkolnej w klasie pierwszej w roku szkolnym 2023/2024. Mamy świadomość przysługującego nam prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania.*

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Czytelne podpisy rodziców:

………………………………………. ……………………………………….

 podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca/ opiekuna prawnego

…………………………………………….

 miejscowość, data

**POTWIERDZENIE WOLI**

**podjęcia edukacji przedszkolnej**

Potwierdzam wolę podjęcia edukacji przedszkolnej w roku szkolnym 2023/2024

 w oddziale przedszkolnym w Szkole Podstawowej im. gen. Stanisława Skalskiego

 w Polichnie.

przez moje/ nasze dziecko:

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

imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer PESEL dziecka

…………………………………………………

miejsce urodzenia dziecka

*Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym potwierdzeniu woli podjęcia edukacji przedszkolnej w roku szkolnym 2023/2024. Mamy świadomość przysługującego nam prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania.*

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Czytelne podpisy rodziców:

………………………………………. ……………………………………….

 podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca/ opiekuna prawnego

…………………………………………….

 miejscowość, data

**POTWIERDZENIE WOLI**

**kontynuowania edukacji przedszkolnej**

Potwierdzam wolę kontynuowania edukacji przedszkolnej w roku szkolnym 2023/2024

 w oddziale przedszkolnym w Szkole Podstawowej im. gen. Stanisława Skalskiego

 w Polichnie

przez moje/ nasze dziecko:

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

imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer PESEL dziecka

…………………………………………………

miejsce urodzenia dziecka

*Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym potwierdzeniu woli kontynuowania edukacji przedszkolnej w roku szkolnym 2023/2024. Mamy świadomość przysługującego nam prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania.*

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Czytelne podpisy rodziców:

………………………………………. ……………………………………….

 podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca/ opiekuna prawnego