



KARTA KONTYNUACJI

Potwierdzam wol kontynuacji ucz szczenia mojego dziecka do jednostki:

Nazwa jednostki	Nazwa grupy

Dziecko b dzie ucz szczało do jednostki: od godziny do godziny

I. Dane dziecka:

PESEL	
Nazwisko	
Imi	
Data urodzenia	

II. Dane rodziców/opiekunów prawnych:

	Opiekun 1	Opiekun 2
Nazwisko		
Imi		
Telefon kontaktowy		
E-mail		
Stopie pokrewie stwa		
Adres: województwo		
Adres: powiat		
Adres: gmina		
Adres: miejscowo		
Adres: ulica		
Adres: numer domu		
Adres: numer lokalu		
Adres: kod pocztowy		
Adres: poczta		

III. Informacje dotycz ce ochrony danych osobowych:

Wyra am/y zgod na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych zawartych w formularzu do celów zwi zanych z realizacj przez jednostk zada statutowych zgodnie z ustaw z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

....., dnia

.....
(podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(podpis ojca/opiekuna prawnego)

Formularz zło ono w dniu, a dane w nim zawarte zweryfikowano.

.....
(podpis pracownika)

