

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

Słupsk, dnia

.....
/ adres /

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883 oraz z 200r. Nr 12, poz. 136 wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej córki/syna

.....ur.

poprzez przekazanie przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w dokumentacji badań do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, ul. Narutowicza 9.

.....

Podpis rodziców