Stawiski, dnia………………………….

……………………………………………..

*(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)*

……………………………………………..

*(adres zamieszkania)*

**Dyrektor Szkoły Podstawowej**

**im. Tadeusza Kościuszki w Stawiskach**

**ul. Polowa 12**

**18-520 Stawiski**

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia o uczęszczaniu do klasy............. Szkoły Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Stawiskach córki/syna:

1. Nazwisko i imię (imiona):……………………………………………………………………………
2. Data urodzenia:………………………………………..…………...…………………………………
3. Miejsce urodzenia:…………………………………..…………..……………………………………
4. Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………….
5. Klasa/oddział:………………………………………………………………………………………..

O powyższe zaświadczenie wnioskuję celem:

....................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

*/ podać instytucję, w której zaświadczenie zostanie przedstawione lub inny cel,  
na potrzebę którego zaświadczenie ma zostać wystawione /*

Zgodnie z [Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i](https://giodo.gov.pl/pl/1520284/9745) [Rady (UE) 2016/679 z](https://giodo.gov.pl/pl/1520284/9745) [dnia 27 kwietnia 2016 r. w](https://giodo.gov.pl/pl/1520284/9745) [sprawie ochrony osób fizycznych w](https://giodo.gov.pl/pl/1520284/9745) [związku z](https://giodo.gov.pl/pl/1520284/9745) [przetwarzaniem danych osobowych i](https://giodo.gov.pl/pl/1520284/9745) [w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o](https://giodo.gov.pl/pl/1520284/9745) [ochronie danych)](https://giodo.gov.pl/pl/1520284/9745) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla celów kształcenia. Administratorem danych jest Szkoła Podstawowa im. Tadeusza Kościuszki w Stawiskach . Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania. Dane podaję dobrowolnie.

........................................................................

*(podpis rodzica / prawnego opiekuna )*