



Publiczne Przedszkole Samorządowe „Justynka”
w Stawiszynie
ul. Przedszkolna 1, 62-820 Stawiszyn
Tel. 627528022
email : przedszkolestawiszyn@onet.pl
sekretariat@przedszkolewstawiszynie.pl

Stawiszyn, dnia

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do Publicznego Przedszkola Samorządowego „Justynka”
w Stawiszynie

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

nr pesel (dziecka)
do Publicznego Przedszkola Samorządowego „Justynka” w Stawiszynie, do którego zostało
zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025. Jednocześnie:

- Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od..... do.....
oraz korzystanie w tym czasie z posiłków.
(podać ilość)
- Upoważniam/y do odbioru dziecka z przedszkola poniższe osoby:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa/ inna relacja	Seria i nr dowodu osobistego	Oświadczam że zostałem poinformowany, że moje dane osobowe (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego,) będą przetwarzane i administrowane zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (Dz.Urz. UE L119,s.1)przez Publiczne Przedszkole Samorządowe w Stawiszynie z Filią Petryki w celu umożliwienia odbioru z przedszkola dziecka.

.....
Podpis rodziców / prawnych opiekunów

ADNOTACJA DYREKTORA PRZEDSZKOLA

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do przedszkola przez rodziców prawnych opiekunów,.....
zostaje przyjęta/y do Publicznego Przedszkola Samorządowego „Justynka” w Stawiszynie na rok szkolny 2024/2025

.....
Podpis i pieczęć dyrektora