

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr ewidencyjny

(nadaje szkoła)

Rok szkolny 2016/17

DANE OSOBOWE UCZNIĄ

Nazwisko _____ imiona _____

Data urodzenia: dzień _____ miesiąc _____ rok _____

Miejscowość urodzenia _____ województwo _____

PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania: miejscowość _____ ulica _____

nr domu/mieszkania _____ kod _____ - _____ poczta _____

Telefon kontaktowy _____

OJCIEC

Nazwisko _____ imię _____

MATKA

Nazwisko _____ imię _____

Wieliczka, dnia _____

(podpis kandydata)

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych mojego dziecka wraz z jego wizerunkiem przez Zespół Szkół w Gdowie w zakresie działalności dydaktyczno – wychowawczo – opiekuńczej zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 1997 r. nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami).

Podpisy rodziców/prawnych opiekunów