

**ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA  
NA UDZIAŁ SYNA/CÓRKI W ZAJĘCIACH  
INTEGRACYJNYCH/ZAWODOZNAWCZYCH PROWADZONYCH PRZEZ  
SPECJALISTÓW Z PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W  
ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH**

*/właściwe proszę podkreślić/*

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach prowadzonych przez specjalistów z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ząbkowicach Śląskich.

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Pesel.....
4. Adres zamieszkania dziecka.....  
.....
5. Imiona i nazwiska Rodziców.....
6. Adres zamieszkania Rodziców.....  
.....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb statystycznych związanych z organizacją pracy PP-P (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz.U.Nr 133 poz.883 z późn. zm. Dz.U, 2002r. Nr 152, poz. 1271. Dz.U. 2004r. Nr 25, poz.219, Nr33, poz.285).*

.....  
*/podpis rodzica/prawnego opiekuna/*