***Rok szkolny 2024/2025***

***Upoważnienie do odbioru dziecka***

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

Nazwisko i imię **matki** /opiekunki dziecka/ **nr dowodu osobistego/ nr telefonu**

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

Nazwisko i imię **ojca** /opiekuna dziecka/ **nr dowodu osobistego/ nr telefonu**

**Oświadczenie**

Do odbioru z **AUTOBUSU SZKOLNEGO** dziecka...........................................................upoważniam/y następujące osoby:

1............................................................................................................................................................................ *imię i nazwisko                                      nr dowodu osobistego                    nr telefonu                  podpis osoby upoważnionej*

2.   ........................................................................................................................................................................

 *imię i nazwisko                                      nr dowodu osobistego                    nr telefonu                  podpis osoby upoważnionej*

3............................................................................................................................................................................ *imię i nazwisko                                      nr dowodu osobistego                    nr telefonu                  podpis osoby upoważnionej*

**Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej, upoważnioną przez nas osobę.**

**Każda z osób upoważnionych podała swoje dane dobrowolnie i wyraziła zgodę na ich przetwarzanie.**

Feliksów, dnia……………….

 ……………………………….. ……………………………

 *podpis matki                                                                         podpis ojca*

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (nazwisko, imię, seria i nr dowodu osobistego, nr telefonu) w trybie art. 6  ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)*** ***Dz. U. UE* . *L*. *2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO.***

Feliksów , dnia ......................                 ....................................                            …………………………

 *podpis matki                                                                         podpis ojca*