

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy  
.....  
Adres zamieszkania  
.....  
Telefon kontaktowy

....., dnia.....  
Miejscowość

Dyrektor  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Białogardzie  
78-200 Białogard, ul. Dworcowa 2

**ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA/UCZNIA/SŁUCHACZA\* W ZAJĘCIACH  
ZORGANIZOWANYCH NA TERENIE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/PLACÓWKI \*  
PROWADZONYCH PRZEZ PRACOWNIKÓW PP-P W BIAŁOGARDZIE**

Imię i nazwisko .....  
(mojego dziecka, podopiecznego, pełnoletniego ucznia/słuchacza)\*

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia: .....

Adres zamieszkania:.....

Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub placówki: .....

Klasa, oddział, grupa wychowawcza: .....

.....  
czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia/słuchacza\*

\*właściwe podkreślić

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: [pppbialogard@poczta.onet.pl](mailto:pppbialogard@poczta.onet.pl), tel. 94 312 25 96;
- Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie [www.ppp.powiat-bialogard.pl/](http://www.ppp.powiat-bialogard.pl/) w zakładce RODO