

Międzyrzecze, dn.....r..

NAZWA I ADRES ADMINISTRATORA

Zespół Szkolno - Przedszkolny

W Międzyrzeczu

43-392 Międzyrzecze 81

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

.....

.....

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZAKRESIE INFORMACJI MEDYCZNYCH O DZIECKU

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka: ....., **w zakresie przekazanych przeze mnie INFORMACJI MEDYCZNYCH O DZIECKU**, mogących dotyczyć w szczególności: chorób przewlekłych, alergii, nietolerancji pokarmowych, przeciwwskazań do wykonywania ćwiczeń fizycznych, **w celu zapewnienia dziecku odpowiedniej opieki, odżywiania oraz metod opiekuńczo-wychowawczych.**

.....

(podpis: rodzica/rodziców, lub opiekuna prawnego/opiekunów prawnych)

\* Mają Państwo **prawo wycofać zgodę** na przetwarzanie danych osobowych dziecka w każdym czasie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, które podjęto przed wycofaniem zgody. **Wycofanie zgody wymaga złożenia pisemnego oświadczenia.**

\* **Udzielenie zgody jest dobrowolne.** Administrator nie może domagać się od Państwa wyrażenia zgody, jednakże brak jej wyrażenia może uniemożliwić placówce oświatowej zapewnienie dziecku odpowiedniej opieki, odżywiania oraz metod opiekuńczo-wychowawczych.