

**Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Głuchych
im. Jana Siostrzyńskiego
00-842 Warszawa ul. Łucka 17/23**

.....
(nazwisko i imię kandydata)

.....
(nazwisko i imię prawnego opiekuna)

.....
(numer PESEL prawnego opiekuna)

Oświadczenie

Oświadczam, że **upoważniam/nie upoważniam*** wychowawcę internatu i wychowawcę klasy do podjęcia decyzji w moim imieniu w razie koniecznej interwencji lekarskiej (chirurgicznej) w przypadku nagłej choroby mojego dziecka.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis prawnego opiekuna

Oświadczenie

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka niezbędnych do jego prawidłowego funkcjonowania w procesie dydaktyczno-wychowawczo-rehabilitacyjnym związanym z realizacją zadań ustawowych placówki oświatowej.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis prawnego opiekuna

* – niepotrzebne skreślić

Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Głuchych
im. Jana Siostrzyńskiego
00-842 Warszawa ul. Łucka 17/23

.....

(nazwisko i imię kandydata)

Oświadczenie

Oświadczam, że **upoważniam/nie upoważniam*** wychowawcę internatu i wychowawcę klasy do podjęcia decyzji w moim imieniu w razie koniecznej interwencji lekarskiej (chirurgicznej) w przypadku mojej nagłej choroby.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis kandydata

Oświadczenie

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia niezbędnych do mojego prawidłowego funkcjonowania w procesie dydaktyczno-wychowawczo-rehabilitacyjnym związanym z realizacją zadań ustawowych placówki oświatowej.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis kandydata

* – niepotrzebne skreślić