

Białogard, dnia .....

.....  
imię i nazwisko rodzica lub prawnego opiekuna

.....  
adres

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zgodnie z Ustawą 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami ) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej córki/ mojego syna

..... ur. ....

(imię i nazwisko dziecka)

poprzez przekazanie przez Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną w .....  
dokumentacji badań do Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Białogardzie.

.....  
*podpis rodziców lub opiekuna prawnego*