

# UPOWAŻNIENIA DO ODBIORU DZIECKA Z KLUBU MALUCHA MAŁE SÓWKI W ŻNINIE NA ROK SZKOLNY ...../.....

Szanowni Państwo!

W trosce o bezpieczeństwo naszych podopiecznych uprzejmie prosimy o wypełnienie następujących danych:

Nazwisko i imię dziecka.....

Adres zamieszkania.....

My niżej podpisani:

## **MATKA**

Imię	Nazwisko	Nr i seria dowodu osobistego	Nr telefonu	Podpis

## **OJCIEC**

Imię	Nazwisko	Nr i seria dowodu osobistego	Nr telefonu	Podpis

Upoważniam/y następujące osoby do odbioru mojego/naszego dziecka z Publicznego Przedszkola Łamigłówka  
w Żninie

Inne osoby powyżej 18 roku życia:

Imię i nazwisko

1. .... numer dowodu osobistego.....  
..... telefon.....
2. .... numer dowodu osobistego.....  
..... telefon.....
3. .... numer dowodu osobistego.....  
..... telefon.....
4. .... numer dowodu osobistego.....  
..... telefon.....
5. .... numer dowodu osobistego.....

telefon.....

6. .... numer dowodu osobistego.....

telefon.....

Zgodnie z ustawą o Ochronie Danych Osobowych, informuję, że:

- Administratorem danych osobowych jest Klub Malucha Małe Sówki w Żninie,
- Inspektorem Danych Osobowych jest Joanna Zawodna - Pietrzak, dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: [biuro@znin.lamiglowka.org](mailto:biuro@znin.lamiglowka.org)
- Podanie Pani/Pana danych oraz danych osób upoważnionych jest niezbędne ze względów bezpieczeństwa do odbioru dziecka z klubu;
- Dane osobowe przechowywane będą przez okres roku szkolnego w Placówce, a następnie, w celach archiwizacyjnych, przez okres 5 lat od daty zakończenia korzystania z opieki w Placówce;
- Jeżeli uznają Państwo, że dane osobowe będą przetwarzane niezgodnie z wymogami prawa mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- Informujemy, mają Państwo prawo do żądania dostępu do danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania oraz zgłosić sprzeciw. W tym celu prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych w celu odbioru dziecka z Placówki

Informuję, że posiadam zgodę na udostępnienie danych osobowych (imię i nazwisko, nr dowodu oraz numer telefonu) osób upoważnionych

PODPISY RODZICÓW .....