

Bystrzejowice Pierwsze, dnia

.....
.....
.....
imię nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego, adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE
O KORZYSTANIU DZIECKA Z DOWOZU W ROKU SZKOLNYM 2024/2025**

Deklaruję chęć korzystania mojego dziecka z przewozu organizowanego przez Gminę Piaski

.....
(imię i nazwisko ucznia)

do Zespołu Szkół w Bystrzejowicach Pierwszych im. Heleny Babisz, 21-050 Piaski
w roku szkolnym 2024/2025.

Jednocześnie informuję, że dziecko będzie korzystało z przewozu (proszę zaznaczyć rubrykę znakiem X)

do szkoły i ze szkoły

tylko do szkoły

tylko ze szkoły

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

Nazwisko i imię ucznia	
Klasa w roku szkolnym 2024/2025	
Adres zamieszkania ucznia	
Przystanek w miejscowości	
Odległość drogi ucznia do szkoły	
Telefon kontaktowy matki (opiekunki)	
Telefon kontaktowy ojca (opiekuna)	
Okres dowozów od dnia do dnia	

Oświadczam, że

1. O każdej zmianie dotyczącej przejazdów i miejsca zamieszkania poinformuję szkołę.
2. Wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781) oraz art. 6 ust. 1 lit. b/c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz.U.U.E.L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO w celach rekrutacji oraz uzyskania kontaktu z rodzicami w sytuacjach nagłych.
4. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzul informacyjnych, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Ponadto oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczne dotarcie dziecka na wyznaczony przystanek i jego powrót z przystanku do domu.

.....
Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych