

.....
/ imię i nazwisko dziecka /



OŚWIADCZENIE

dotycząca przetwarzania danych osobowych przez specjalistów (psychologa,
logopedę, nauczyciela wspomagającego, terapeutę)
w placówce

Przedszkole nr 7 im. Wróbelka Elemelka
ul. Kopernika 15, 05-825 Grodzisk Mazowiecki

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią Głównej Klauzuli Informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych moich i mojego dziecka na terenie placówki w związku z podjęciem **indywidualnego toku wspomagania** poprawnego rozwoju mojego dziecka przez zatrudnionych w placówce specjalistów :

- logopeda
- nauczyciel wspomagający
- terapeuta integracji sensorycznej
- terapeuta ds. ręki i sensomotorycznej terapii wzroku

Przedstawiona Klauzula Informacyjna w sposób zrozumiały określiła cel, zakres i przez kogo będą przetwarzane dane osobowe moje i mojego dziecka . Zostałam\em poinformowany, że wszelkie przysługujące mi prawa w zakresie przetwarzania danych osobowych mojego dziecka oraz moich, jako opiekuna prawnego mogę konsultować bezpośrednio z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym w placówce Administratora.

.....
/ miejsce, data /

.....
/ czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka /



ZGODA

dotycząca przetwarzania danych osobowych przez specjalistów (psychologa,
logopedę, nauczyciela wspomagającego, terapeutę)
w placówce

Przedszkole nr 7 im. Wróbelka Elemelka
ul. Kopernika 15, 05-825 Grodzisk Mazowiecki

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych zebranych na podstawie **art.6 ust. 1 pkt. a)** RODO oraz **art.9 ust.2 pkt.a)** RODO w zakresie określonym Główną Klauzulą Informacyjną, jaka została mi przedstawiona do wiadomości przez Administratora danych w związku z podjęciem **indywidualnego toku wspomagania** poprawnego rozwoju mojego dziecka przez poniższych specjalistów :

Uwaga !

Podając decyzję - zakreśl „X” poprawną wartość wyboru przy poszczególnych specjalistach:

• logopeda	TAK	NIE
• nauczyciel wspomagający	TAK	NIE
• terapeuta integracji sensorycznej	TAK	NIE
• terapeuta ds. ręki i sensomotorycznej terapii wzroku	TAK	NIE

Jestem świadomy(a) , że wyrażoną zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie w tak samo łatwy sposób i w formie, jak ją udzieliłem. Mam świadomość, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania , którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
/ miejsce, data /

.....
/ czytelny podpis opiekuna prawnego dziecka /