…………………………………………….. Wola Kamocka , dnia…………….......

nazwisko i imię rodziców/opiekunów dziecka

……………………………………………..

adres zamieszkania

……………………………………………..

nr telefonu kontaktowego:

**Do Dyrektora**

**Szkoły Podstawowej im. H. Sienkiewicza w Woli Kamockiej**

Oświadczam, że syn/córka ………………….……………...…………..ur. ……………………

nie będzie uczęszczał/uczęszczała\* do Szkoły Podstawowej im. H. Sienkiewicza w Woli Kamockiej

Obowiązek szkolny będzie realizował/realizowała\* w Szkole Podstawowej nr ……………… w ……………………………ul…………………………………………………………………

od dnia ………………………………… .

Powód wypisania ze szkoły …………………………………………………………………….

Aktualny adres zamieszkania dziecka:……………..………………………………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu w celu wypisania dziecka ze szkoły. Administratorem danych jest dyrektor szkoły. Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania.

……………………………….. ……………………………….

podpis matki/opiekuna prawnego\*\* podpis ojca/ opiekuna prawnego\*\*

\*niepotrzebne skreślić

\*\* wymagane bezwzględnie podpisy obojga rodziców lub dokument potwierdzający ograniczenie władzy rodzicielskiej