

Zgoda rodzica /rodziców (prawnych opiekunów)

na udział w próbach sprawnościowych

oraz

naukę w klasie koszykarskiej mistrzostwa sportowego

**I Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami
Mistrzostwa Sportowego w Sopcie**



.....
.....
.....

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)/prawnych opiekunów
numer telefonu

Wyrażam/wyrażamy zgodę na naukę syna:

.....

**w klasie koszykarskiej mistrzostwa sportowego w I Liceum Ogólnokształcącym
z Oddziałami Mistrzostwa Sportowego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Sopcie**

od roku szkolnego 2025/2026.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informuję Panią/Pana, że:

- administratorem danych Pani/Pana dziecka jest I Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Mistrzostwa Sportowego w Sopcie przy ul. Książąt Pomorskich 16-18
- celem przetwarzania danych jest **przeprowadzenie naboru do szkoły.**
- Szczegółowa klauzula informacyjna załączona jest w formularzu aplikacyjnym do Szkoły (załącznik nr 3), z którą należy się zapoznać i podpisać.
- podanie danych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe, a konsekwencją niepodania danych jest odrzucenie wniosku.
- przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych oraz do ich sprostowania.

.....
czytelny podpis rodzica (rodziców)/opiekunów prawnych