…………………………… Kraków, ……….………………… r.

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

………………………………..

(kod pocztowy, miejscowość)

………………………………..

(ulica/osiedle – nr domu/mieszkania)

 **Sz. P. Dorota Ulman**

**Dyrektor**

**Katolickiej Szkoły Podstawowej**

**im. św. Jadwigi Królowej**

**w Krakowie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie mojego/mojej\* syna/córki\*

………………………………………………………………………………….……………….

(imię i nazwisko ucznia, klasa)

w okresie od…………………. do ……………… z następujących ćwiczeń w ramach zajęć wychowania fizycznego:

1. …………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………………………………

w związku z wydaniem zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego częściową niezdolność do uczestnictwa w zajęciach.

Na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia RODO dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych danych osobowych mojego dziecka umieszczonych w treści zaświadczenia lekarskiego. Nadmieniam, że zostałam pouczona przez Dyrektora Szkoły pełniącego funkcję administratora danych osobowych o celach przetwarzania pozyskanych danych osobowych oraz o możliwości odwołania w dowolnym czasie wyrażonej zgody

….…..…………………………...

(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie z dn. ………………

\*niepotrzebne skreślić