

4. W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka wyrażam zgodę na podjęcie działań medycznych , w tym przewiezienie do szpitala i bezzwłoczne powiadomienie jednej z osób wymienionych wyżej.

5. Moje dziecko może być odebrane przez *:

Imię i nazwisko ,adres zamieszkania , telefon

a).....

b).....

c).....

*uwaga :dziecko może być odebrane tylko przez osobę pełnoletnią.

.....

Gliwice , dnia

Podpis rodzica /opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i uczęszczającego do placówki dziecka oraz osób upoważnionych , danych osobowych wyłącznie dla potrzeb wewnętrznych żłobka MIASTECZKO DZIECI . Zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U.Nr 101 z 2002r. poz.926 x późn. Zmianami)

.....

Gliwice , dnia

Podpis rodzica /opiekuna prawnego

Informacje zostaną wykorzystane do organizacji i planowania pracy z Państwa Dzieckiem .

V. ADNOTACJE DYREKTORA DOTYCZĄCE ZAPISU/WYPISU DZIECKA

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

Data

Dyrektor placówki