.....

miejscowość, data

.....

nazwisko i imię rodzica/opiekuna dziecka

.....

.....

adres zamieszkania

Do Dyrektora

Przedszkola Publicznego
w Sownie

Proszę o wypisanie z Przedszkola mojego dziecka:

……..…….....

z dniem .....……..…..…….

Jednocześnie zobowiązuję się do uregulowania wszelkich zaległości w opłatach za Przedszkole do 7 dni od dnia doręczenia powyższego pisma.

……

podpis rodziców/ prawnych opiekunów

* niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu w celu wypisania dziecka z oddziału przedszkolnego. Administratorem danych jest dyrektor szkoły. Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania. Dane podaję dobrowolnie.