**ZGODA I OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO UCZNIA SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 2 IM. KRÓLOWEJ JADWIGI W WILKOWICACH Z ODDZIAŁAMI SPORTOWYMI**

(w sprawie zawarcia grupowej polisy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków)

Imię i nazwisko uczennicy / ucznia: ………………………………………………………………………………………………………

Dane dotyczące grupowej polisy ubezpieczenia NNW dzieci

Oświadczam, że wyrażam prośbę, aby wskazane wyżej moje dziecko objęte zostało zawieraną przez szkołę grupową polisą ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków dla dzieci naszej szkoły.

Wyrażam zgodę\* / Nie wyrażam zgody\* na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka w związku z zawarciem przez szkołę grupowej polisy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków dla dzieci naszej szkoły.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z klauzulą informacyjną dotyczącą Administratora danych osobowych oraz przysługujących mi prawach: prawie żądania od Administratora dostępu do moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka, prawie do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawie do przenoszenia danych. Jestem świadoma(y), że w/w prawa mogą zostać ograniczone warunkami zawieranej polisy ubezpieczeniowej.

………………… ………………………….. …………………………

Miejscowość, data podpis matki, opiekuna prawnego podpis ojca, opiekuna prawnego

**ZGODA I OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO UCZNIA SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 2 IM. KRÓLOWEJ JADWIGI W WILKOWICACH   
Z ODDZIAŁAMI SPORTOWYMI**

(w sprawie zawarcia grupowej polisy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków)

Imię i nazwisko uczennicy / ucznia: ………………………………………………………………………………………………………

Dane dotyczące grupowej polisy ubezpieczenia NNW dzieci

Oświadczam, że wyrażam prośbę, aby wskazane wyżej moje dziecko objęte zostało zawieraną przez szkołę grupową polisą ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków dla dzieci naszej szkoły.

Wyrażam zgodę\* / Nie wyrażam zgody\* na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka w związku z zawarciem przez szkołę grupowej polisy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków dla dzieci naszej szkoły.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z klauzulą informacyjną dotyczącą Administratora danych osobowych oraz przysługujących mi prawach: prawie żądania od Administratora dostępu do moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka, prawie do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawie do przenoszenia danych. Jestem świadoma(y), że w/w prawa mogą zostać ograniczone warunkami zawieranej polisy ubezpieczeniowej.

………………… ………………………….. …………………………

Miejscowość, data podpis matki, opiekuna prawnego podpis ojca, opiekuna prawnego