Dane rodzica Wrocław, dnia…………………..

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

**Dyrektor**

**Liceum Ogólnokształcącego nr XVII**

**im. A. Osieckiej we Wrocławiu**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego dziecka……………………………………………………………

uczennicy/ucznia klasy………………… z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

od dnia……………………………………..do dnia……………………………………………

z powodu………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Do podania dołączam zaświadczenie lekarskie z dnia…………………………………………

Wyrażam zgodę, aby moje dziecko zwolnione z realizacji zajęć w-fu nie przebywało w bibliotece szkolnej. Deklaruję, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w tym czasie.

……………………………………………………………….

*podpis rodzica*

*"Administratorem danych jest Liceum Ogólnokształcące nr XVII im. Agnieszki Osieckiej we Wrocławiu,   
ul. Tęczowa 60, 53-603 Wrocław. Kontakt do naszego inspektora ochrony danych:* [*tomasz.grzybowski@coreconsulting.pl*](mailto:-tomasz.grzybowski@coreconsulting.pl)*lub CORE Consulting, ul. Z. Krasińskiego 16, 60-830 Poznań. Dane podane przez Ciebie na formularzu będą przetwarzane w celu procedowania wniosku. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne w biurze podawczym oraz na*[*www.lo17.wroc.pl*](http://www.lo17.wroc.pl)*."*

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

*(imię , nazwisko, data, miejscowość, podpis)*Zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych