**Zał. 2**

 ……………………………………………

Imię i Nazwisko – rodzica /opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI UCZESTNICTWA UCZNIA**

**W KLASIE DWUJĘZYCZNEJ**

Potwierdzam, że moja/mój córka/syn

……………………………………..….…………kl….... i szkoła……………………..
*Nazwisko i imię dziecka*

w roku szkolnym 2025/2026 będzie uczęszczał/-a do klasy 7 dwujęzycznej w Szkole Podstawowej nr 2 w Ząbkach.

………………….. ………………………………….

Data Czytelny podpis rodzica

Administratorem danych osobowych, czyli podmiotem decydującym o celach i sposobach przetwarzania Państwa danych jest Szkoła Podstawowa nr 2 z siedzibą przy ul. Batorego 11, 05-091 Ząbki. To, w jakich celach przetwarzamy Państwa dane osobowe wynika z przepisów prawa. Szczegółowo kwestie te opisujemy na stronie internetowej www.sp2zabki.superszkolna.pl w zakładce "Ochrona Danych Osobowych".