

.....

Warszawa, dnia.....

(imię i nazwisko rodzica)

.....

.....

.....

(adres zamieszkania)

.....

(nr telefonu)

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 403

ul. Karlińskiego 6

31-413 Warszawa

Proszę o wydanie decyzji w sprawie odroczenia od obowiązku szkolnego
mojego/mojej*córki/syna*:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

na podstawie opinii psychologicznej nr.....z dnia.....

wydaną przez

(pełna nazwa poradni)

.....

(podpis rodzica)

Załączniki:

1. opinia psychologiczna

* niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781 t.j.)

Szkoła Podstawowa nr 403 w Warszawie informuje, iż:

- *administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 403 w Warszawie, ul. Karlińskiego 6,*
- *Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu wydania Pani/Panu duplikatu świadectwa/dyplomu i nie będą udostępniane w innych celach,*
- *posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,*
- *podanie powyższych danych jest dobrowolne.*