**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych - w celach związanych z pobytem dziecka w przedszkolu, w tym w dzienniku zajęć przedszkola oraz w innej dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej.

TAK / NIE \*

**Zgoda na prowadzenie badań oraz udział dziecka w zajęciach specjalistycznych**

**Wyrażam zgodę** na badanie mojego dziecka przez ……..……..…..…………………....….....…………………..…. (*tutaj należy wpisać specjalistę np. logopedę, psychologa)* oraz ewentualny udział mojego dziecka w zajęciach z ………………………………………………………..……………………………… *(logopedą, psychologiem).*

*TAK / NIE \**

**Zgoda na fotografowanie i filmowanie dziecka oraz umieszczanie zdjęć i filmów na stronie www** **Przedszkola im. Marii Konopnickiej w Zbytkowie.**

**Wyrażam zgodę** na robienie zdjęć i filmowanie mojego dziecka …………..………………………………………… w przedszkolu (w czasie zajęć i imprez okolicznościowych) oraz na umieszczanie zdjęć i filmów na stronie internetowej przedszkola.

 *TAK / NIE \**

**Zgoda na udział w sesjach zdjęciowych w roku szkolnym 2019/2020**

**Wyrażam zgodę** na fotografowanie mojego dziecka ....……………………………………..........................….…
w czasie sesji zdjęciowych organizowanych na terenie przedszkola. Informacje o sesji będą podane rodzicom z tygodniowym wyprzedzeniem.

*TAK / NIE \**

**Wyrażam zgodę** na udostępnianie wizerunku mojego dziecka w celach promocyjnych
i informacyjnych dotyczących działalności Przedszkola im. Marii Konopnickiej w Zbytkowie zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia
2016 r.

*TAK / NIE \**

**Zgoda na spacery i wycieczki poza teren przedszkola**

**Wyrażam zgodę** na spacery i wycieczki mojego dziecka ……………………..………………………………………… w okolicach przedszkola (wraz z grupą pod opieką nauczycielek) w ramach codziennych zajęć przedszkolnych.

*TAK / NIE \**

**Zgoda na udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

**Wyrażam zgodę** na udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej mojemu dziecku w formie …..…………………………………………….…….…..…..…..….….…..…..…………………………………………….……………….. .

*TAK / NIE \**

**Wyrażam zgodę** na okresowe kontrole czystości głowy mojego dziecka prowadzone w celu uniknięcia wszawicy.

*TAK / NIE \**

**Zgoda na przekazanie informacji o rozwoju dziecka do szkoły**

**Wyrażam zgodę** na przekazywanie informacji o rozwoju mojego dziecka do szkoły (dotyczy dzieci 5 i 6-letnich).

*TAK / NIE \**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(data i podpis rodziców)*