............................................... Sianów, ..............................

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna data

Dyrektor Szkoły Podstawowej
im. Janka Bytnara w Sianowie

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. Nr 119, s. 1) wyrażam zgodę na wykonywanie pomiarów temperatury ciała mojego

dziecka ..................................................................................................................................

(imię i nazwisko ucznia) .

w przypadkach, gdy w czasie pobytu lub zajęć organizowanych przez Szkołę zaistnieje taka konieczność z powodu zaobserwowania u mojego dziecka niepokojących objawów chorobowych.

...............................................

Podpis rodzica