Załącznik nr 7

**Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Głuchych
im. Jana Siestrzyńskiego**

**00-842 Warszawa ul. Łucka 17/23**

………………………………………..

 (nazwisko i imię kandydata)

………………………………………..

(nazwisko i imię prawnego opiekuna)

………………………………………..

(numer PESEL prawnego opiekuna)

**Oświadczenie**

Oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam\* wychowawcę internatu i wychowawcę klasy do podjęcia decyzji w moim imieniu w razie koniecznej interwencji lekarskiej (chirurgicznej) w przypadku nagłej choroby mojego dziecka.

………………………………….. ……………………………………………

 Miejscowość, data Czytelny podpis prawnego opiekuna

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka niezbędnych do jego prawidłowego funkcjonowania w procesie dydaktyczno-wychowawczo-rehabilitacyjnym związanym z realizacją zadań ustawowych placówki oświatowej.

………………………………….. ……………………………………………

 Miejscowość, data Czytelny podpis prawnego opiekuna

\* – niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 7a

**Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Głuchych
im. Jana Siestrzyńskiego**

**00-842 Warszawa ul. Łucka 17/23**

………………………………………..

 (nazwisko i imię kandydata)

**Oświadczenie**

Oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam\* wychowawcę internatu i wychowawcę klasy do podjęcia decyzji w moim imieniu w razie koniecznej interwencji lekarskiej (chirurgicznej) w przypadku mojej nagłej choroby.

………………………………….. ……………………………………………

 Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia niezbędnych do mojego prawidłowego funkcjonowania w procesie dydaktyczno-wychowawczo-rehabilitacyjnym związanym z realizacją zadań ustawowych placówki oświatowej.

………………………………….. ……………………………………………

 Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata

\* – niepotrzebne skreślić