

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

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