

**OŚWIADCZENIE**

Ja ……………………………………………………………..., legitymująca się dowodem osobistym (paszportem) o numerze ..……………………………………………. upoważniam, ………….…………………………………………………………. legitymującą/legitymującego się dowodem osobistym (paszportem) o numerze ………………………………… do samodzielnego poruszania się poza terenem Internatu „Inter”.

………………………………………………….

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna

Ja ………………………………………………………………………, w przypadku wystąpienia nagłych i przewlekłych problemów zdrowotnych, mojego syna / mojej córki ………….………………………..………………………………

wyrażam zgodę na:

1. podawanie leków, zaleconych przez lekarza
2. uzasadnione procedury medyczne, zalecone przez lekarza
3. odbiór ze szpitala

przez kierownika internatu i osoby przez niego upoważnione

………………………………………………….

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna

Ja ………………………………………………………………, oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. nr 101, Poz. 926), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Fundację Międzynarodowy Instytut Edukacji w celach związanych z prowadzeniem działalności oświatowej.

………………………………………………….

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna