

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....  
(adres zamieszkania rodzica/opiekuna)

.....  
(nr telefonu rodzica/opiekuna)

### WNIOSK

#### w sprawie dowozu ucznia do Szkoły Podstawowej nr 2 w Siechnicach w roku szkolnym 2024/2025

Zwracam się z prośbą o organizację bezpłatnego dowozu do szkoły mojego dziecka:

..... kl.  
(imię i nazwisko dziecka)

zamieszkałego: .....  
(miejsowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

#### LINIĄ NR :

.....  
(rozkłady jazdy autobusów Siechnickiej Komunikacji Publicznej umieszczone na są na stronie Szkoły)

Proszę o podanie szczegółowych informacji o przejazdach dziecka w poszczególne dni tygodnia.  
Proszę również informować o zmianach w dowozach dziecka w sekretariacie lub u szkolnego koordynatora dowozów.

#### DOWÓZ DO SZKOŁY

DZIEŃ TYGODNIA	Z MIEJSCOWOŚCI PRZYSTANEK/ULICA	DO SIECHNIC PRZYSTANEK/ULICA	GODZINA ODJAZDU
PONIEDZIAŁEK			
WTOREK			
ŚRODA			
CZWARTEK			
PIĄTEK			

#### ODWÓZ ZE SZKOŁY

DZIEŃ TYGODNIA	Z SIECHNIC PRZYSTANEK/ULICA	DO MIEJSCOWOŚCI PRZYSTANEK/ULICA	GODZINA POWROTU
PONIEDZIAŁEK			
WTOREK			
ŚRODA			
CZWARTEK			
PIĄTEK			

Oświadczam jednocześnie, że dziecko z przystanku powrotnego będzie:

- samodzielnie wracać do domu
- będzie odbierane przez rodzica lub uprawnionego opiekuna.

#### Informacja dotycząca ochrony danych osobowych:

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 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 (RODO), **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka (wychowanka) w celach związanych z dowozem dziecka do szkoły.

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)