**KLASA 1E MEDYCZNO-FARMACEUTYCZNA**

Nazwisko i imię ucznia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DEKLARACJA WYBORU JĘZYKA OBCEGO**

**Moje dziecko:**

* deklaruje wybór języka obcego w zakresie **rozszerzonym**: (proszę wstawić znak **X** przy wybranym języku):

 \_\_\_\_\_ ANGIELSKI \_\_\_\_\_ NIEMIECKI \_\_\_\_\_ FRANCUSKI

* deklaruje wybór języka obcego w zakresie **podstawowym**: (proszę wstawić znak **X** przy języku innym niż wybranym jako rozszerzony):

 \_\_\_\_\_ ANGIELSKI \_\_\_\_\_ NIEMIECKI \_\_\_\_\_ FRANCUSKI

1. **ZAJĘCIA RELIGII, ETYKI i WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE**

**Moje dziecko:**

* **będzie/nie będzie uczęszczało** na zajęcia RELIGII(właściwe **podkreślić**)
* **będzie/nie będzie uczęszczało** na zajęcia ETYKI(właściwe **podkreślić**)
* **będzie/nie będzie uczęszczało** na zajęcia WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE(właściwe **podkreślić**)

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących
na placówce tj. prowadzenia ewidencji uczniów na potrzeby procesów nauczania, realizacji procesu nauczania, prowadzenia dziennika lekcyjnego i innych zadań zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. C RODO . Administratorem Państwa danych jest IX Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Bohaterów Monte Cassino w Szczecinie.***

………………………………………………………… ……………………………………………………………

 (data) (podpis rodzica)