

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

W WAKACYJNYCH ZAJĘCIACH GMINNEJ BIBLIOTEKI PUBLICZNEJ W SUCHYM DĘBIE

.....
w dniu/ dniach

Oświadczam że stan zdrowia mojego dziecka pozwala na udział w zajęciach .

**Odpowiadam za bezpieczeństwo mojego dziecka w drodze do miejsca oraz z miejsca
odbywania zajęć.**

.....
podpis rodzica/opiekuna, tel.

.....
miejscowość, data

Organizator zajęć:

Agnieszka Książak

tel. 514642224

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
UCZESTNIKA**

„WAKACJI Z BIBLIOTEKĄ”

.....
Miejscowość, dnia

.....
imię i nazwisko rodziców / prawnych opiekunów

1) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych uczestnika WAKACJI Z BIBLIOTEKĄ przez Organizatora WAKACJI Z BIBLIOTEKĄ tj. Gminną Bibliotekę Publiczną w Suchym Dębnie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.),

Dane te będą wykorzystane do promocji warsztatów prowadzonych w bibliotece, publikacji prac.

Dane będą przechowywane przez okres jednego roku od zakończenia zajęć

2) Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka podczas zajęć „WAKACJE Z BIBLIOTEKĄ” oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć na stronach internetowych organizatorów w mediach społecznościowych w celach informacyjnych i promocyjnych.

.....
imię i nazwisko dziecka, wiek

.....
czytelny podpis - imię i nazwisko rodziców / prawnych opiekunów, tel.