

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko dziecka )

.....  
w dniu/ dniach

**W ZAJĘCIAC - WAKACYJNE INSPIRACJE – TWÓRCZE WARSZTATY  
W GMINIE SUCHY DĄB**

**które odbywają się w**

.....  
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

.....  
nr telefonu

.....  
miejscowość, data

Organizatorzy zajęć:

Gmina Suchy Dąb

GOPS Suchy Dąb

Gminna Biblioteka Publiczna w Suchym Dębnie

dyr. Agnieszka Książak

tel. 514 642 224

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

**WAKACYJNE INSPIRACJE – TWÓRCZE WARSZTATY W GMINIE SUCHY DĄB**

.....  
Miejscowość, dnia

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

1) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych uczestnika przez Organizatora WAKACJI Z BIBLIOTEKĄ, 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

2) Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka podczas zajęć **WAKACYJNE INSPIRACJE – TWÓRCZE WARSZTATY**

**W GMINIE SUCHY DĄB**

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.**