

Zgoda rodziców/opiekunów prawnych na udział dziecka w Konkursie plastycznym „Zdrowie psychiczne – wyraż je artystycznie” organizowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego

I. Wyrażam zgodę na udział w ww. konkursie mojego dziecka/podopiecznego:

(imię i nazwisko)

(klasa, szkoła)

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

II. Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-am się z treścią Regulaminu Konkursu i w pełni ją akceptuję. Zdaję sobie sprawę, że naruszenie któregokolwiek z zapisów Regulaminu powoduje utratę prawa uczestnictwa mojego dziecka/podopiecznego w Konkursie oraz utratę praw do otrzymania nagrody.
2. Zapoznałem/-am się z informacją zamieszczoną w Regulaminie Konkursu dotyczącą przetwarzania danych osobowych i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie we wskazanym zakresie.
3. Wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka/podopiecznego w zakresie określonym zapisami Regulaminu.

(Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)