

Miejscowość ....., data .....

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

**ZGODA NA UDZIAŁ W KONKURSIE, PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH  
ORAZ WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego:

.....  
.....

(imię/imiona i nazwisko dziecka, szkoła, klasa)

w Konkursie „II Muzyczny Festiwal Zdrowia”, na zasadach określonych w Regulaminie Konkursu i akceptuję jego postanowienia. Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych”, oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu.

.....

(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka/podopiecznego podczas Konkursu „II Muzyczny Festiwal Zdrowia” oraz na nieodpłatne i nieograniczone czasowo wykorzystywanie imienia i wizerunku mojego dziecka/podopiecznego zarejestrowanego podczas Konkursu poprzez umieszczanie zdjęć/filmów na stronie internetowej organizatorów, na profilach social media oraz w programach telewizyjnych w celu informowania o Konkursie i jego promocji.

.....

(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)