

.....
imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
adres zamieszkania dziecka

.....
nr telefonu

**OŚWIADCZENIE O WYRAZENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE WIZERUNKU/WYKORZYSTANIE
WIZERUNKU**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku/wykorzystanie wizerunku syna/ córki

..... ur. uczęszczających

Na zajęcia w ramach programu Młodzi Niepełnosprawni-sprawni z Fundacją PZU finansowany
ze środków PZU.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego