

.....  
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