



załącznik nr.3

.....

imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

adres zamieszkania dziecka

.....

nr telefonu

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych syna/ córki ur. uczęszczających na zajęcia specjalistyczne, realizowane w ramach programu „Za życiem”, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust 2. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych. Podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne do realizacji programu. Administratorem danych jest Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej ul. Swobodna 59, 41-303 Dąbrowa Górnicza, pełniący rolę wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego.

.....

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego



załącznik nr.2

.....

imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

adres zamieszkania dziecka

.....

nr telefonu

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na nieodpłatne, nieograniczone czasowo wykorzystanie wizerunku syna/córki:

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Pesel dziecka.....

uczęszczającego na zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, realizowanych w ramach programu „Za życiem”. Wizerunek może być wykorzystany w celach informacyjnych oraz promocyjnych. Administratorem wizerunku jest Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej ul. Swobodna 59, 41-303 Dąbrowa Górnicza, pełniący rolę wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego.

.....

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

