

ZGODA NA UDZIAŁ W WARSZTATACH "OGRA NICZA NAS TYLKO WYOBRAŹNIA"

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Istotne dane zdrowotne (w tym np. alergie):

WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO MOJEGO DZIECKA W WARSZTATACH "OGRA NICZA NAS TYLKO WYOBRAŹNIA" FUNDACJI PRACOWNIE W RAMACH PROJEKTU "TWÓRCZA PRACOWNIA", KTÓRE ODBĘDĄ SIĘ 04.07-08.07.2022 W PRACOWNIE CAFE (GLIWICE, UL. ZYGMUNTA STAREGO 43C)

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE POWIERZONYCH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB NIEZBĘDNYCH DO REALIZACJI PROJEKTU „TWÓRCZA PRACOWNIA” Z ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIETNIA 2016 R. W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH ORAZ W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPŁYWU TAKICH DANYCH ORAZ UCHYLENIA DYREKTYWY 95/46/WE (RODO). ADMINISTRATOREM DANYCH BĘDZIE FUNDACJA PRACOWNIE Z SIEDZIBĄ W GLIWICACH, PRZY UL. ZYGMUNTA STAREGO 43C.

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE PRZEZ ORGANIZATORA WIZERUNKU DZIECKA W POSTACI FOTOGRAFII CYFROWEJ ORAZ MATERIAŁU VIDEO NA POTRZEBY PROMOCJI PROJEKTU.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:

telefon kontaktowy:

.....
data podpis rodzica/ opiekuna prawnego
ZGODA NA UDZIAŁ W WARSZTATACH "OGRA NICZA NAS TYLKO WYOBRAŹNIA"

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Istotne dane zdrowotne (w tym np. alergie):

WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO MOJEGO DZIECKA W WARSZTATACH "OGRA NICZA NAS TYLKO WYOBRAŹNIA" FUNDACJI PRACOWNIE W RAMACH PROJEKTU "TWÓRCZA PRACOWNIA", KTÓRE ODBĘDĄ SIĘ 04.07-08.07.2022 W PRACOWNIE CAFE (GLIWICE, UL. ZYGMUNTA STAREGO 43C)

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE POWIERZONYCH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB NIEZBĘDNYCH DO REALIZACJI PROJEKTU „TWÓRCZA PRACOWNIA” Z ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIETNIA 2016 R. W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH ORAZ W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPŁYWU TAKICH DANYCH ORAZ UCHYLENIA DYREKTYWY 95/46/WE (RODO). ADMINISTRATOREM DANYCH BĘDZIE FUNDACJA PRACOWNIE Z SIEDZIBĄ W GLIWICACH, PRZY UL. ZYGMUNTA STAREGO 43C.

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE PRZEZ ORGANIZATORA WIZERUNKU DZIECKA W POSTACI FOTOGRAFII CYFROWEJ ORAZ MATERIAŁU VIDEO NA POTRZEBY PROMOCJI PROJEKTU.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:

telefon kontaktowy:

.....
data

.....
podpis rodzica/ opiekuna prawnego