

ZGODA NA UDZIAŁ W WARSZTATACH "W 5 dni dookoła Świata"

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:

.....

.....

Istotne dane zdrowotne (w tym np. alergie):

.....

.....

.

WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO MOJEGO DZIECKA W WARSZTATACH "W 5 DNI DOOKOŁA ŚWIATA" FUNDACJI PRACOWNIE W RAMACH PROJEKTU "TWÓRCZA PRACOWNIA", KTÓRE ODBĘDĄ SIĘ 11.07-15.07.2022 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 "W 5 dni dookoła Świata"

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:

Istotne dane zdrowotne (w tym np. alergie):

.....

.....

.

WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO MOJEGO DZIECKA W WARSZTATACH "W 5 DNI DOOKOŁA ŚWIATA" FUNDACJI PRACOWNIE W RAMACH PROJEKTU "TWÓRCZA PRACOWNIA", KTÓRE ODBĘDĄ SIĘ 11.07-15.07.2022 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 WIDEO NA POTRZEBY PROMOCJI PROJEKTU.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:

telefon kontaktowy:

.....
data

.....
podpis rodzica/ opiekuna prawnego