

ZGŁOSZENIE DZIECKA NA ZAJĘCIA

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem zajęć na terenie filii w Ostrówku, Biblioteki Publicznej im. Medarda Downarowicza, ul. Jana Pawła II 7, 07-132 Ostrówek, w tym informacjami dotyczącymi przetwarzania przez Administratora danych osobowych. Dane podane są niezbędne do uczestnictwa w zajęciach.

Imię i nazwisko dziecka	
Numer telefonu do rodzica/ opiekuna prawnego	
Deklaracja odbioru po zakończeniu	Osobiście/ samodzielny powrót/ inne..... (niepotrzebne skreślić)
Data wypełnienia	
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego	

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w ramach realizacji zadań statusu biblioteki oraz jego utrwalenie podczas zajęć, cyfrowe powielanie i archiwizację, sporządzenia relacji po zajęciach, publikację na stronie internetowej i mediach społecznościowych biblioteki oraz w lokalnej prasie, bibliotecznej prasie branżowej i przez Urząd Miejski w Łochowie.

Data wypełnienia	
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego	

Oświadczam , że moje dziecko..... NIE JEST UCZULONE na ukąszenia owadów, NIE JEST ALERGIKIEM oraz nie zgłaszam jakichkolwiek przeciwwskazań i uwag do udziału w spacerze.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis rodzica/ opiekuna prawnego