

Załącznik nr 2

.....  
(miejsowość, data)

### Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i wykorzystanie wizerunku mojego dziecka ..... przez Organizatorów I Powiatowego Konkursu Wiedzy o Zdrowiu Psychicznym.

.....  
(imię i nazwisko obojga rodziców/ opiekunów prawnych)

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego )