

Załącznik nr 2

.....
(miejsowość, data)

Oświadczenie

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

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

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