

**ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO**  
**NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH ORGANIZOWANYCH PRZEZ BIBLIOTEKĘ**

Ja \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko), zamieszkała/y w  
\_\_\_\_\_ (miejscowość, ulica i numer  
domu), nr telefonu \_\_\_\_\_ wyrażam zgodę na udział mojego dziecka  
\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko), w zajęciach organizowanych przez  
Bibliotekę Publiczną Gminy Wolin w dniach **03.08.2020 r. – 14.08.2020 r. „BIBLIOTECZNE  
ATRAKCJE NA WAKACJE”**

Z uwagi na udzieloną zgodę oświadczam, że:

- podaję wyczerpująco niezbędne informacje zdrowotne wymagające uwzględnienia w trakcie sprawowania opieki nad dzieckiem, tj. że: dziecko (wymienić);
  
- ponoszę pełną odpowiedzialność za dziecko w drodze z domu do miejsca, w którym odbywają się zajęcia organizowane przez Bibliotekę Publiczną Gminy Wolin oraz za powrót dziecka do domu;
  
- wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka, w celach promocji Biblioteki Publicznej Gminy Wolin , w tym na udostępnianie zdjęć i nagrań zawierających jego wizerunek na: stronie WWW, w mediach społecznościowych, itp.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zajęć. Administratorem danych osobowych jest Biblioteka Publiczna Gminy Wolin z siedzibą przy ul. Rynek 2, 72-510 Wolin, tel.: 913261159, reprezentowana przez Dyrektora.

\_\_\_\_\_ (podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

\_\_\_\_\_ (miejscowość i data)

\*Niepotrzebne skreślić.