

**I Liceum Ogólnokształcące**

*im. dr. Wł. Gębika*

**d. Polskie Gimnazjum w Kwidzynie**

ul. Konarskiego 12 82-500 Kwidzyn  
tel./fax 55 279 39 35 tel. 55 279 35 26

Kwidzyn, .....

.....  
imię i nazwisko rodzica /  
prawnego opiekuna

.....  
nr telefonu

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka .....

w zajęciach pozalekcyjnych na terenie I LO w Kwidzynie

„NOC GIMAZJALISTÓW i ÓSMOKLASISTÓW”

w dniu 05.04.2019 r. w godz.: 17:00 – 22:00

**Zobowiązuję się do bezpiecznego dowiezienia na zajęcia**

**i odbioru po zajęciach mojego dziecka.**

.....  
podpis rodzica / prawnego opiekuna

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka dla potrzeb niezbędnych do realizacji zajęć pozalekcyjnych w I LO w Kwidzynie (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis rodzica / prawnego opiekuna

*Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka zarejestrowanego podczas jego pobytu w I LO w Kwidzynie, podczas zajęć dydaktycznych. Zgoda obejmuje zamieszczanie zdjęć na stronie placówki w celu promowania szkoły (zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z 4 lutego 1994 r. (tekst jedn.: Dz.U. z 2017 r., poz. 880 ze zm.).*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis rodzica / prawnego opiekuna