

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

„WIECZÓR ÓSMOKLASISTÓW”

w dniu 08.05.2026 r. w godz.: 16:00 – 19:00

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).

.....
data miejscowość,
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.).

.....
data miejscowość,
podpis rodzica / prawnego opiekuna