

Formularz zgłoszeniowy do konkursu plastycznego

„Moje rodzinne miejsce”

Proszę wypełnić drukowanymi literami

Imię:.....

Nazwisko:.....

Data urodzenia:..... r. Klasa:.....

.....

Ulica, nr domu, mieszkania:

Kod pocztowy:..... - Miejscowość:.....

Szkoła (nazwa).....

Adres szkoły:.....

Klasa.....

Telefon opiekuna (____) _____ - _____ - _____ Tel. kom.0 _____ - _____ - _____

Oświadczam, że zapoznałem się z REGULAMINEM i go akceptuję.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000) do celów informacyjnych i marketingowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, w tym na upublicznienie mojego nazwiska w celu przeprowadzenia KONKURSU oraz prezentację mojego wizerunku wraz z danymi określonymi w REGULAMINIE.

.....

(Miejscowość, data) (Podpis uczestnika)

.....

(Podpis rodzica/opiekuna)

Dla rodziców lub opiekunów

Wyrażam zgodę na udział

(imię i nazwisko dziecka)

w konkursie plastycznym „**Moje rodzinne miejsce**”

.....

(Miejscowość, data)

(podpis rodzica lub opiekuna)