

„Twoja PoMoc – Twoja Moc”

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem Konkursu medialnego pod nazwą „Twoja PoMoc - Twoja Moc”

i wyrażam zgodę na udział w konkursie medialnym pod nazwą „Twoja PoMoc - Twoja Moc”  
mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko)

ucznia

.....  
(klasa, nazwa szkoły)

.....  
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

---

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam\* na przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących oraz danych dotyczących dziecka – uczestnika konkursu, dla celów związanych z organizacją i realizacją konkursu poprzez e-mail: [konkurs@gizinscy.pl](mailto:konkurs@gizinscy.pl)

**Wyrażenie zgody jest warunkiem koniecznym do udziału w konkursie.**

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

---

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam\* zgody na przetwarzanie wizerunku dziecka – uczestnika konkursu (zgodnie z Regulaminem konkursu), w tym na publikacje na stronie internetowej Kuratorium Oświaty w Bydgoszczy oraz Centrum Medycznego Gizińscy oraz w mediach społecznościowych. **Brak zgody nie wpływa na możliwość udziału w konkursie.**

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego