

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO
NA UDZIAŁ DZIECKA W WYDARZENIU „NOC BIBLIOTEK”

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Klasa:

w wydarzeniu „Noc Bibliotek”, które odbędzie się **15 października 2026 r. w godzinach 16:00–18:30 w Szkole Podstawowej na Szlachtowej.**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z charakterem wydarzenia i wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w organizowanych w jego ramach warsztatach, grach, zabawach, konkursach i innych aktywnościach.

Numer telefonu kontaktowego do rodzica/opiekuna:

.....

SPOSÓB POWROTU DZIECKA DO DOMU

Proszę zaznaczyć właściwą opcję:

☐ **Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka do domu po zakończeniu jego udziału w wydarzeniu.**

☐ **Moje dziecko zostanie odebrane przez rodzica/opiekuna prawnego lub upoważnioną osobę dorosłą.**

Oświadczam, że stan zdrowia dziecka pozwala na udział w wydarzeniu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w zakresie niezbędnym do organizacji i przeprowadzenia wydarzenia „Noc Bibliotek”, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka w formie zdjęć i nagrań wykonanych podczas wydarzenia „Noc Bibliotek”, w celu dokumentowania i promocji wydarzenia, w szczególności na stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych szkół organizujących wydarzenie.

☐ Wyrażam zgodę

☐ Nie wyrażam zgody

Data: **Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego:**