**DEKLARACJA UCZESTNICTWA w zajęciach**

***Zabawa z wiosną* w Pałacu Kultury Zagłębia**

**w placówce PKZ** …………………………………………………….……… **w dniach** ………...……………………… w godz. …………………….

UWAGA! Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TEL. KONTAKTOWY rodzica lub opiekuna** | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |

***Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem „Zabawy z wiosną 2019”***

………………………………………………………………………….

Data, podpis rodzica/prawnego opiekuna

*⃰****Oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielny powrót*** *do domu mojego dziecka, po zajęciach organizowanych w ramach „Zabawy z wiosną”. Jednocześnie oświadczam, że w tym czasie biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka.*

**..............................................................................**

Data, podpis rodzica/prawnego opiekuna

**\* Podanie danych w postaci imienia, nazwiska, nr telefonu rodzica lub opiekuna jest dobrowolne, ale ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości uczestnictwa w zajęciach.**

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich i Twojego dziecka danych osobowych, podanych w formularzu, przez Pałac Kultury Zagłębia w celu realizacji zajęć organizowanych w ramach „Zabawy z wiosną”?

**Tak** □ **Nie** □

**..............................................................................**

Data, podpis rodzica/prawnego opiekuna

Czy wyrażasz zgodę na wykorzystanie wizerunku Twojego dziecka przez Pałac Kultury Zagłębia, w celu promocji działalności, upowszechniania kultury, a także działań marketingowych PKZ?

**Tak** □ **Nie** □

**..............................................................................**

Data, podpis rodzica/prawnego opiekuna