

Karta zgłoszenia
WOJEWÓDZKI KONKURS WIEDZY MITOLOGICZNEJ
14 marca 2018 roku

1. **Imię i nazwisko ucznia**
2. **Data urodzenia**
3. **Klasa**
4. **Miejsce zamieszkania**.....
5. **Nazwa szkoły:**
6. **Adres i telefon szkoły**
7. **Adres mailowy szkoły**
8. **Imię i nazwisko nauczyciela- opiekuna , adres mailowy:**
.....

Udział w konkursie jest jednoznaczny z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych i udostępnienie wizerunku dziecka dla celów związanych z realizacją i promocją Wojewódzkiego Konkursu Wiedzy Mitologicznej.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez organizatora konkursu wizerunku mojego dziecka dla celów związanych z realizacją i promocją konkursu .

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez organizatora konkursu danych osobowych mojego dziecka dla celów związanych z realizacją i promocją konkursu . Mam prawo wglądu do tych danych osobowych oraz żądania ich modyfikacji . Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w konkursie.

Podpis rodzica.....