

ZGODA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka (imię i nazwisko)

.....

w Konkursie „**TWOJA DZIELNICA TWÓJ FILM**”

Akceptuję Regulamin Konkursu i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Organizatorów dla celów organizacyjnych i promocyjnych Konkursu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....

czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego