

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROJEKCIE
EDUKACYJNYM**

„Terapia ręki dla każdego”

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w zajęciach
„Terapia Ręki”

Imię i Nazwisko ucznia

.....

Klasa

Podpis rodzica

.....

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU
DZIECKA**

.....

(imię i nazwisko rodzica / prawnego
opiekuna)

Niniejszym oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy
z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych
(t.j Dz. U. z 2019 r., poz. 1231) wyrażam zgodę na
rejestrowanie wizerunku mojego dziecka

.....

.....

(imię i nazwisko dziecka)
podczas trwania zajęć w ramach **Ogólnopolskiego Projektu
Edukacyjnego**

„Terapia ręki dla każdego”

organizowanego przez Szkołę Podstawową z Oddziałami
Sportowymi w Gawłowie Im. M. Kopernika
oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie
zdjęć na stronach internetowych, a także na profilach
społecznościowych w celach informacji i promocji szkoły.