

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO O WYRAŻENIU ZGODY NA  
UDZIAŁ DZIECKA W KONKURSIE „SLEEVEFACE”**

JA NIŻEJ PODPISANY/A:

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego).....

Numer telefonu.....

Adres .....

**WYRAŻAM ZGODĘ, JAKO RODZIC/OPIEKUN PRAWNY NA WYKORZYSTANIE  
DANYCH OSOBOWYCH ORAZ WIZERUNKU MOJEGO DZIECKA:**

Imię i nazwisko dziecka .....

Adres .....

W konkursie „Sleeveface” którego Organizatorem jest Miejska Biblioteka Publiczna w Kielcach,  
filia nr 7 - Poczta na dVoRcu. Oświadczam jako rodzic/opiekun prawny, iż zapoznałem/am  
się z Regulaminem Konkursu i akceptuję jego postanowienia.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna  
prawnego\*\*