

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIAŁ DZIECKA W ŚWIĘTOKRZYSKIM KONWENCIE FANTASTYKI JAGACON W SKARŻYSKU-KAMIENNA

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Nazwisko rodzica (opiekuna)
Imię rodzica (opiekuna)
Adres
Nr telefonu kontaktowego

DANE DZIECKA

Nazwisko dziecka
Imię dziecka
Data urodzenia
Adres
Nr telefonu kontaktowego
Nr legitymacji szkolnej (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)
.....

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem Świętokrzyskiego Konwentu Fantastyki JAGACON i akceptuję jego treść oraz informację o przetwarzaniu danych osobowych przez organizatora. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w Świętokrzyskim Konwencie Fantastyki JAGACON, którego organizatorem jest Miejskie Centrum Kultury w Skarżysku-Kamienna przy ul. Juliusza Słowackiego 25, 26-110 Skarżysko-Kamienna, REGON: 001221980

Data, Podpis

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejskie Centrum Kultury w Skarżysku-Kamienna przy ul. Juliusza Słowackiego 25, 26-110 Skarżysko-Kamienna, REGON: 001221980 podanych powyżej moich danych osobowych w celu umożliwienia mojemu dziecku udziału w Świętokrzyskim Konwencie Fantastyki JAGACON w tym w celach elektronicznej rejestracji
mojego dziecka w systemie udostępnionym przez administratora

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejskie Centrum Kultury w Skarżysku-Kamienna przy ul. Juliusza Słowackiego 25, 26-110 Skarżysko-Kamienna, REGON: 001221980 podanych powyżej danych osobowych mojego dziecka w celu umożliwienia mojemu dziecku udziału w Świętokrzyskim Konwencie Fantastyki JAGACON, w tym w celach elektronicznej rejestracji mojego dziecka w systemie udostępnionym przez administratora.

Data, Podpis.....