

**Zgoda rodzica/opiekuna na uczestnictwo dziecka
w zajęciach organizowanych przez Wadowicką Bibliotekę Publiczną**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

w zajęciach Wadowickiej Biblioteki Publicznej w okresie.....

i pozostawienie go na czas zajęć pod opieką osoby prowadzącej.

Nr telefonu kontaktowego.....

Wadowice, dnia.....

(podpis rodzica/opiekuna)

Zgoda rodzica/opiekuna dotycząca danych osobowych :

1. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych osobowych w zakresie: imię i nazwisko dziecko, imię i nazwisko , nr tel. opiekuna w celu uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez WBP. Podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne w celu uczestnictwa dziecka w zajęciach.

Równocześnie informujemy, że Administratorem Państwa danych jest Wadowicka Biblioteka Publiczna z siedzibą w Wadowicach, ul. Legionów 1, tel. 33 8234618.

Zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach w związku z ustawą o ochronie danych osobowych.

Wadowice, dnia.....

(podpis rodzica/opiekuna)

2. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonywanie zdjęć podczas zajęć, ich utrwalenie oraz bezpłatne wykorzystanie i publikację w materiałach promujących działalność WBP (w tym na stronie internetowej i facebookowym fanpage'u WBP), a także w mediach i serwisach osób trzecich informujących o działalności WBP, z zastrzeżeniem, że przedmiotowe fotografie w publikacjach osób trzecich mogą ilustrować jedynie informacje dotyczące działalności WBP. Biblioteka zapewnia, że wizerunek nie będzie wykorzystywany w celach zarobkowych.

Równocześnie informujemy, że Administratorem Państwa danych jest Wadowicka Biblioteka Publiczna z siedzibą w Wadowicach, ul. Legionów 1, tel. 33 8234618.

Zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach w związku z ustawą o ochronie danych osobowych.

Wadowice, dnia.....

(podpis rodzica/opiekuna)

* odpowiednio skreślić