

**ZGODA NA UDZIAŁ
W POWIATOWYCH ZAWODACH PIERWSZEJ POMOCY ORAZ NA
WYKORZYSTANIE WIZERUNKU UCZESTNIKA I PRZETWARZANIA JEGO
DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka.....
urodzonego dnia..... w.....zamieszkałego w.....
w Powiatowych Zawodach Pierwszej Pomocy oraz wyrażam zgodę na wykorzystanie
i rozpowszechnianie Jego wizerunku/głosu/wypowiedzi i przetwarzania danych
osobowych przez organizatora zawodów dla celów działań
informacyjno – promocyjnych oraz podjęcia innych czynności związanych
z przeprowadzaniem zawodów i realizacji zadań służących popularyzacji działań
w zakresie edukacji zdrowotnej i promowania zdrowego stylu życia.

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania
wykonane podczas zawodów oraz inne ważne informacje mogą zostać umieszczone
w mediach elektronicznych, w szczególności na stronach internetowych organizatora,
prasie, telewizji i w materiałach promocyjnych np. broszurach czy ulotkach.

Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym
również o wynagrodzenie względem organizatora zawodów na potrzeby określone
w oświadczeniu i jednocześnie zrzekam się praw związanych z kontrolą
i zatwierdzaniem każdorazowego ich wykorzystania.

.....

Czytelny podpis
rodzica/opiekuna
prawnego uczestnika

.....
Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis
Uczestnika zawodów



POWIAT MYŚLENIICKI



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS



SZKOŁA MEDYCZY RATOWNICZEJ



Maltańska
Szkoła Medycy



Malta
Szkoła Medycy

