***Załącznik nr 1***

*do Regulaminu zajęć z integracji sensorycznej*

*dla dzieci i rodziców pn. „SensoRaczki”*

**ZGODA – OŚWIADCZENIE RODZICÓW (OPIEKUNÓW)**

Ja niżej podpisana(y) wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka:

imię i nazwisko dziecka .......................................................................................................................................

wiek dziecka ....................................................................................….................................................................

nazwa żłobka/przedszkola/szkoły (jeśli uczęszcza) ………………………………………………………………………………………….

w organizowanych przez Bibliotekę Publiczną Gminy Kosakowo im. Augustyna Necla

zajęciach integracji sensorycznej dla dzieci i rodziców pn. „SensoRaczki”, które odbywać się będą w okresie wrzesień – grudzień 2020.

imię i nazwisko rodzica (opiekuna) ..............................................................................................

telefon kontaktowy ........................................................................................................................

□ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych wizerunkowych mojego dziecka do celów promocji i budowania pozytywnego wizerunku Administratora w przestrzeni publicznej i w mediach.

□ Nie wyrażam zgody na wykorzystanie danych wizerunkowych mojego dziecka.

…........................................................ …………………………………………..…

miejscowość, data czytelny podpis