



**Konkurs Makijażu Fantazyjnego pt. „Kolorowe motyle”
organizowany przez
Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych
– Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku
Formularz zgłoszeniowy osoby niepełnoletniej**

Imię i nazwisko Uczestnika.....

Data i miejsce urodzenia.....

Wiek uczestnika.....

Adres do korespondencji Uczestnika

.....

e-mail

nr. telefonu.....

Nazwa i adres szkoły Uczestnika

.....

.....

Ja, niżej podpisany, rodzic/opiekun prawny ucznia.....,

Imię, nazwisko uczestnika konkursu

niniejszym oświadczam, że:

1. zapoznałam/łem się z Regulaminem Konkursu Makijażu Fantazyjnego pt. „Kolorowe motyle” i akceptuję jego zasady.
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/ dziecka pod moją opieką, na potrzeby Konkursu Makijażu Fantazyjnego pt. „Kolorowe motyle” przez Organizatora.
3. wyrażam zgodę publikację wizerunku uczestnika konkursu na stronie Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku oraz Facebooku Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku
4. wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Organizatora przesłanej pracy konkursowej mojego dziecka/ dziecka pod moją opieką do rozpowszechniania w ramach działań związanych z promocją Konkursu.
5. praca konkursowa została wykonana samodzielnie i nie narusza ona praw autorskich osób trzecich.

.....
Data, miejscowość

.....
Czytelny podpis



Zgody ustawowe:

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/ dziecka pod moją opieką, zawartych w niniejszym wniosku wyłącznie do celów konkursu.

.....

Data, miejscowość

.....

Czytelny podpis