

Załącznik nr 1

Imię i nazwisko autora pracy, klasa, (wiek dziecka – Przedszkole)

.....

Nazwa i adres szkoły (wraz z numerem telefonu)

.....
.....

Imię i nazwisko nauczyciela / opiekuna / rodzica

Załącznik nr 2

KONKURS PLASTYCZNY „SMOG ALBO ZDROWIE”

OŚWIADCZENIE RODZICA

.....

imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna

Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka (imię i nazwisko), ucznia klasy/ Przedszkola * do celów związanych z jego udziałem w konkursie plastycznym: „**SMOG ALBO ZDROWIE**”

.....

data czytelny podpis rodzica/opiekuna

*Niepotrzebne skreślić