

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY RODZICA/OPIEKUNA

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie
(imię i nazwisko rodzica)
danych osobowych mojego dziecka w celu zamieszczania,
(imię i nazwisko ucznia)
udostępniania i rozpowszechniania wizerunku mojego dziecka w związku z udziałem w spotkaniach,
zajęciach lekcyjnych, uroczystościach, konkursach szkolnych, olimpiadach, zawodach sportowych,
turniejach, wycieczkach edukacyjnych, wyjściach klasowych i szkolnych, zgrupowaniach szkolnych,
spotkaniach okolicznościowych związanych z życiem Szkoły Podstawowej Specjalnej nr 240
w Warszawie.

TAK NIE **Zgoda wykorzystania wizerunku:**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Na stronie internetowej placówki: https://sps240.edu.pl/ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Na tablicach informacyjnych, w gazetkach i kronikach szkolnych, |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W serwisach społecznościowych placówki: Facebook, kanał YouTube, |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W materiałach informacyjnych, reklamowych i promocyjnych. |

TAK NIE **Dodatkowe zgody:**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Udział mojego dziecka w międzyszkolnych konkursach, projektach, zawodach, |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Udział dziecka w lekcjach religii, |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Udział w zajęciach wychowanie do życia w rodzinie, |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Przeprowadzanie kontrolnych badań higienicznych przez pielęgniarkę szkolną. |

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Oświadczenie jest ważne do czasu wycofania zgody.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)