ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
na udział dziecka - Czytelnika Miejskiej Biblioteki Publicznej w Katowicach
w akcji Lato z Książką „Laboratorium SŁOWA"
organizowanej przez Bibliotekę w dniach
od 3 lipca do 30 sierpnia 2018 roku

Ja *(imię i nazwisko)* …….....
adres zamieszkania .....
nr telefonu ……. adres e-mail …….....……..
wyrażam zgodę na udział mojego dziecka *(imię i nazwisko)* …….....
adres zamieszkania ..... data urodzenia……
w Akcji Lato z Książką w Miejskiej Bibliotece Publicznej w Katowicach,
w Filii Nr ……., ul. ……..……..……..
w dniach od…… do …….....
oraz w oparciu o przekazane informacje wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych dla celów uczestnictwa mojego dziecka w Akcji.

Z uwagi na udzieloną zgodę oświadczam, że:

1. zapoznałam/em się z planem Akcji Lato z Książką i wiem, że w czasie jej trwania dziecko będzie miało możliwość uczestniczenia w zajęciach poza Filią biblioteczną pod opieką bibliotekarza;
2. zobowiązuję się pokryć koszty biletów komunikacji miejskiej i koszty biletów wstępu;
3. podaję wyczerpująco niezbędne informacje/prośby wymagające uwzględnienia w trakcie sprawowania opieki nad dzieckiem w ramach Akcji Lato z Książką, tj. że:
   ……
   ……
   ……;
4. ponoszę pełną odpowiedzialność za dziecko w drodze z domu do miejsca w którym odbywają się zajęcia organizowane przez Miejską Bibliotekę Publiczną w Katowicach w ramach Akcji Lato z Książką oraz za jego powrót do domu. W związku z powyższym informuję, że *(niepotrzebne skreślić)*:
   - dziecko będzie odbierane przez dorosłego opiekuna,
   - dziecko może samodzielnie wrócić do domu;
5. wyrażam/ nie wyrażam zgodę/y na nieodpłatne rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka utrwalonego w ramach Akcji Lato z Książką, w celach promocji Miejskiej Biblioteki Publicznej w Katowicach, w tym na udostępnianie zdjęć i nagrań zawierających jego wizerunek na: stronie www, fanpage na Facebooku oraz blogach Biblioteki.

……	……	…….
miejscowość	data	podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Podpisana i oddana bibliotekarzowi zgoda jest warunkiem uczestnictwa dziecka w Akcji.
……..
Odciąć DLA RODZICA/OPIEKUNA:
NUMER I ADRES FILII
NR TELEFONU: