

....., dnia2019

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....
(adres)

.....
(miejsowość, kod pocztowy)

.....
(telefon kontaktowy)

O Ś W I A D C Z E N I E

Zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/ mojego dziecka danych osobowych wizerunkowych (imię i nazwisko).....
w ramach realizacji projektu Mazowiecki Festiwal Teatrów Amatorskich w celu budowania pozytywnego wizerunku Administratora w przestrzeni publicznej i w mediach.

.....
(podpis/ podpis opiekuna)