

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego
(imię i nazwisko dziecka)

w Zajęciach Kulinarnych w dniu w godzinach 16.00 – 17.00, odbywających się w Placówce Wsparcia Dziennego „Nasza Dziupla” na osiedlu Kościuszkowców 20 w Swarzędzu.

Numer kontaktowy do rodzica/opiekuna:

.....
data i czytelny podpis

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka/podopiecznego do domu po zajęciach: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić).

.....
data i podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka (fotografowanie, nagrywanie) podczas zajęć oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć/filmów na stronie internetowej CUS-u i/lub mediach społecznościowych CUS-u i Placówki Wsparcia Dziennego „Nasza Dziupla”

.....
data i podpis