

FORMULARZ ZGŁOSZENIA**Oświadczenie nr 1**

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA	
NAZWA SZKOŁY- KLASA	
IMIĘ I NAZWISKO SZKOLNEGO KOORDYNATORA	
NUMER TELEFONU SZKOLNEGO KOORDYNATORA*	
ADRES E-MAIL SZKOLNEGO KOORDYNATORA*	

* dane dobrowolne

1. Oświadczam, że znam i akceptuję warunki Regulaminu **XIV edycji powiatowego konkursu „Zdrowa i piękna Mama”**.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu zgłoszeniowym w celu sprawnego kontaktu ze mną na potrzeby **XIV edycji powiatowego konkursu „Zdrowa i piękna Mama”**. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wycofać powyższą zgodę w dowolnym momencie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia.

.....
Data i podpis Szkolnego Koordynatora

.....
Data i podpis Dyrektora Szkoły