



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GRYBOWIE
ul. Ogrodowa 4, 33-330 Grybów
tel./fax 18 445 21 62, email: ops.grybow@onet.eu

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA KONKURSU

Imię i nazwisko uczestnika konkursu:

.....

Wiek:

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem konkursu pt. „Rodzina tak - używki nie” i akceptuję jego warunki.

Oświadczam, że zgłaszaną przeze mnie pracę przygotowałam/łem osobiście.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie oraz podawanie do publicznej wiadomości, danych osobowych takich jak: *Imię, nazwisko, wiek autora pracy, i nazwę szkoły* w celu promocji działań Organizatora na stronie www Ośrodka Pomocy Społecznej w Grybowie.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a dobrowolności podania tych danych oraz dobrowolności wyrażenia niniejszej zgody.

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego