



.....
miejsce, data

Zgoda rodziców / opiekunów

Ja niżej podpisana/y zapoznałam/em się z przesłanymi informacjami dotyczącymi programu profilaktyki zintegrowanej „Archipelag Skarbów®” i wyrażam zgodę na udział mojego dziecka, klasa..... w programie organizowanym przez Fundacja Profilaktyka z Pasją.

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji zadania zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).



FUNDACJA PROFILAKTYKA Z PASJĄ
e-mail: fundacja.as.warszawa@gmail.com;
telefon: 609-448-297;
ul. Wał Miedzeszyński 233 m.19, 04-866 Warszawa;
NIP: 952-212-86-95; REGON: 147135795



.....
miejsce, data

Zgoda rodziców / opiekunów

Ja niżej podpisana/y zapoznałam/em się z przesłanymi informacjami dotyczącymi programu profilaktyki zintegrowanej „Archipelag Skarbów®” i wyrażam zgodę na udział mojego dziecka, klasa..... w programie organizowanym przez Fundacja Profilaktyka z Pasją

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji zadania zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).



FUNDACJA PROFILAKTYKA Z PASJĄ
e-mail: fundacja.as.warszawa@gmail.com;
telefon: 609-448-297;
ul. Wał Miedzeszyński 233 m.19, 04-866 Warszawa;
NIP: 952-212-86-95; REGON: 147135795