DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Akademia Młodego Medyka Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu / Wydział Ekonomii i Nauk o Zdrowiu w Świnoujściu.

Występując jako rodzic/opiekun prawny\*

............................................................................................ (imię i nazwisko dziecka)

PESEL: …………………… zam.

................................................................................................ (dane dziecka) (dane dziecka)

Ucznia klasy…….. szkoły: .......................................................................................................

Oświadczam, że:

1. Deklaruję udział dziecka w Projekcie Akademia Młodego Medyka Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu / Wydział Ekonomii i Nauk o Zdrowiu w Świnoujściu.
2. Zapoznałem się z obowiązującym Regulaminem Akademii Młodego Medyka w roku akademickim 2018/2019
3. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie zdjęć i filmów z wizerunkiem mojego dziecka utrwalonym podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu, a w szczególności na zamieszczanie zdjęć na stronach internetowych ZPSB w Świnoujściu oraz w mediach społecznościowych np. Facebook.

................................. .........................................

(miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)\*

\*niepotrzebne skreślić

Załączniki:

**1 zdjęcie formatu legitymacyjnego**