Zgoda rodzica/prawnego opiekuna

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na udział mojego/mojej syna/córki:

…….. (imię i nazwisko),

w strzelaniu na strzelnicy wirtualnej Liceum Ogólnokształcącego im. Jana Karskiego w Wiśniowej Górze w dniu 05.03.2025 roku w ramach Dnia Otwartego szkoły.

Oświadczam, że aktualny stan zdrowia mojego dziecka pozwala mu na udział w strzelaniu.

W sytuacji zagrażającej zdrowiu i życiu mojego dziecka, wyrażam zgodę na podjęcie stosownych decyzji przez organizatora zajęć w zakresie opieki medycznej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka na potrzeby wzięcia udziału w zajęciach.

Data czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

Zgoda rodzica/prawnego opiekuna

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na udział mojego/mojej syna/córki:

…….. (imię i nazwisko),

w strzelaniu na strzelnicy wirtualnej Liceum Ogólnokształcącego im. Jana Karskiego w Wiśniowej Górze w dniu 05.03.2025 roku w ramach Dnia Otwartego szkoły.

Oświadczam, że aktualny stan zdrowia mojego dziecka pozwala mu na udział w strzelaniu.

W sytuacji zagrażającej zdrowiu i życiu mojego dziecka, wyrażam zgodę na podjęcie stosownych decyzji przez organizatora zajęć w zakresie opieki medycznej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka na potrzeby wzięcia udziału w zajęciach.

Data czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna