

.....  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Choroszcz, dnia .....r.

**Zgoda rodzica/opiekuna na uczestnictwo dziecka w akcji „Noc Bibliotek”  
organizowanej przez Miejską Bibliotekę Publiczną w Choroszczy**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka .....  
.....w akcji „Noc Bibliotek” organizowanej w Miejskiej  
Bibliotece Publicznej w Choroszczy ( ul. H. Sienkiewicza 29, Choroszcz) i akceptuję  
warunki regulaminu podanego przez Organizatora.

Oświadczam, że dziecko nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w imprezie.

Jeżeli dziecko posiada alergię/nietolerancje pokarmowe lub kontaktowe proszę zanotować na co reaguje:

.....  
.....

Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć podczas akcji oraz ich wykorzystywanie, utrwalanie i publikowanie za pośrednictwem dowolnego medium (w tym Internetu) , wyłącznie w celu zgodnym z działalnością prowadzoną przez Bibliotekę z zachowaniem anonimowości danych osobowych dziecka.

Warunki powrotu do domu /właściwe podkreślić/:

- zobowiązuję się do osobistego odbioru dziecka o godz.: 22:00 w dniu 10.10.2020 roku
- biorę odpowiedzialność za samodzielny powrót dziecka do domu
- dziecko wróci do domu pod opieką: .....

.....  
podpis rodzica/opiekuna