PAŃSTWOWA SZKOŁA MUZYCZNA I STOPNIA
im. Tadeusza Szeligowskiego

70-483 Szczecin al. Wojska Polskiego 115,
tel. +48 91 423 26 55, fax. +48 91 423 26 57
e - mail: psm@miasto.szczecin.pl, www.psm.szczecin.pl

KARTA ZGŁOSZENIA

EDUKACJA Z MISTRZEM – WARSZTATY FAGOTOWE
Prowadzący: prof. Artur Kasperek

proszę wypełnić czytelnie – drukowanymi literami

Nazwa szkoły

……...……

Imię i nazwisko nauczyciela

…….…….

Tel. kontaktowy do nauczyciela

……..……..

Adres e-mail nauczyciela

……..

Imię i nazwisko ucznia

…….

Wiek ucznia

…….

Klasa/rok nauki

……..

Przygotowany repertuar fletowy

……

……

Podpis nauczyciela

……..

Załącznik nr 12

……

(pieczęć placówki)

ZGODA NA PRZETWARZANIE WIZERUNKU

Działając jako opiekun prawny dziecka/w imieniu własnym*, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz na podstawie art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych, niniejszym wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka/mojego wizerunku* w formie papierowej (tradycyjnej) i elektronicznej wraz z danymi identyfikacyjnymi, w tym imieniem i nazwiskiem, przez placówkę oświatową w celach promocyjnych, informacyjnych, kulturalnych, edukacyjnych i innych związanych z realizowanymi przez placówkę oświatową zadaniami. Zgoda obejmuje możliwość przetwarzania wizerunku poprzez jego kadrowanie i kompozycję. Mam świadomość tego, iż zgodę mogę wycofać w każdym czasie.

Imię i nazwisko dziecka/imię i nazwisko*:	
PESEL:	
Wizerunek będzie przetwarzany w szczególności w zakresie:	
Udostępniania w Internecie, w tym na stronie internetowej placówki oświatowej, Portalu Edukacyjnym lub profilu placówki oświatowej, zamieszczania w materiałach promocyjnych, informacyjnych, audiowizualnych, broszurach, gazetkach, tablicach ogłoszeń, w związku z konkursami i innymi działaniami edukacyjno – oświatowymi	ZEZWALAM / NIE ZEZWALAM

Obowiązek informacyjny zgodny z RODO: http://www.psm.szczecin.pl/psm/index.php#poczatek

Data podpisania:

_____

[imię i nazwisko, podpis]