…………………………………….

miejscowość, data

ZGODA

na wykorzystanie wizerunku.

 Oświadczam, że ja niżej podpisana/ y ………………………………………………….zamieszkała/y w……………………………………….

przy ul. ……………………………………………………, posługująca/ y się dowodem osobistym seria……………..nr …………………………….

wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku/ wizerunku mojego dziecka\*…………………………………………………………

przez **Centrum Terapii i Wspierania Edukacji oraz Rozwoju Dzieci Młodzieży i Dorosłych „SPECTRUM” w Katowicach.**

 Jednocześnie wyrażam zgodę do przetwarzania moich danych osobowych wyłącznie dla celów cenrtum.

Administratorem Państwa danych jest Centrum Terapii i Wspierania Edukacji oraz Rozwoju Dzieci Młodzieży i Dorosłych „SPECTRUM” w Katowicach, ul. Koszykowa 21c/1 a dane mogą być wykorzystane wyłącznie do celów związanych z działalnością centrum.

Informujemy, że zgoda może być przez Państwa wycofana w dowolnym momencie osobiście lub przez wysłanie wiadomości medialnej na adres

kontakt.centrumspectrum@gmail.com

……………………….

 …………………………………………………………….

miejscowość, data i podpis