



Nazwa szkoły.....

Klasa.....

Rocznik.....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka.....  
(imię i nazwisko)

w projekcie „**Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży z terenu Miasta Gorzowa Wlkp.**” finansowanym ze środków Mechanizmu Finansowego EOG

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w rubryce dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97r. o ochronie danych osobowych. Dziennik Ustaw z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

.....  
czytelny podpis rodzica / opiekuna