

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZNIA

Imię i nazwisko ucznia:

Szkoła:

Klasa:

Dane kontaktowe (opcjonalnie):

Proponowana nazwa parku:

Uzasadnienie:

.....

Oświadczenia:

- Oświadczam, że zgłoszona propozycja jest mojego autorstwa.
- Zapoznałem/am się z regulaminem konkursu i akceptuję jego warunki.

Data i podpis ucznia:

Wyrażam zgodę na *(wypełnia uczeń pełnoletni):

- przetwarzanie danych osobowych na potrzeby konkursu,
- publikację imienia i nazwiska, nazwy szkoły, klasy w przypadku uzyskania nagrody,
- przetwarzanie i publikację mojego wizerunku na stronie internetowej i portalach społecznościowych zarządzanych przez Szpital, w przypadku uzyskania nagrody.

Data i podpis ucznia: