

ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyn

ORGANIZATOR

**ZGODA NA UDZIAŁ OSOBY MAŁOLETNIJ
W ZAJĘCIACH SZKOŁY RODZENIA**

Dane osobowe Uczestniczki*:

Imię: Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Adres do korespondencji:

.....

nr PESEL:

Telefon:.....

Adres e-mail:

* Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych

Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego

Podpis Uczestniczki (jeżeli ukończyła 16 rok życia).....

Dane osobowe Rodzica/Opiekuna Prawnego Uczestniczki*:

Imię: Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Adres do korespondencji:

.....

nr PESEL:

Adres e-mail:

* Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych

Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego

Jako Rodzic/Opiekun Prawny wyrażam zgodę na wzięcie udziału małoletniej Uczestniczki w cyklu zajęć o charakterze profilaktyczno - edukacyjnym Szkoły Rodzenia przy ZZOZ w Cieszynie.

.....

Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego

.....
Podpis Uczestniczki (jeżeli ukończyła 16 rok życia)