

.....  
Miejscowość i data

### Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna/mojej córki

.....  
IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

w Łódzkim Festiwalu Fantastyki Kapitularz 2019, odbywającym się 6-8 września w budynku Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Łódzkiego.

Jednocześnie oświadczam, że znam i akceptuję Regulamin Festiwalu oraz biorę pełną odpowiedzialność za udział syna/córki w Festiwalu oraz ewentualne szkody wynikające z nieodpowiedniego zachowania mojego dziecka. Przyjmuję do wiadomości, że organizatorzy imprezy nie ponoszą odpowiedzialności za szkody zdrowotne wynikłe z zachowania syna/córki, jak również z zatajenia informacji o chorobach.

Moje dane osobowe:

Imię i Nazwisko: .....

Nr kontaktowy: .....

Uwagi (w tym informacje o chorobach i postępowaniu w razie wystąpienia objawów):

.....  
.....  
.....  
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu ewentualnej informacji o moim dziecku w trakcie trwania Łódzkiego Festiwalu Fantastyki Kapitularz 2019. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

Podpis rodzica/opiekuna:

.....