

# Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka

## w Łódzkim Festiwalu Fantastyki Kapitularz

.....  
Miejscowość i data

Ja, .....,  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej\*

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....,  
imię i nazwisko dziecka

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

Oświadczam, że ja oraz dziecko zapoznaliśmy się z treścią Regulaminu Festiwalu, rozumiemy jego postanowienia oraz zobowiązujemy się do ich przestrzegania. Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za udział dziecka w Festiwalu oraz ewentualne szkody wynikające z jego nieodpowiedniego zachowania. Przyjmuję do wiadomości, że Organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za szkody zdrowotne wynikłe z zachowania dziecka, jak również z zatajenia informacji o jego stanie zdrowotnym.

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 2024. 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.

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

.....  
Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego\*

\* niepotrzebne skreślić