**Deklaracja Uczestnictwa**

**w Uniwersytecie Zdrowego Stylu Życia**

Ja, niżej podpisana/y …………………………………………………. (imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego) deklaruję udział mojego dziecka/podopiecznego (dane dziecka):

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Data Urodzenia |  |
| PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna |  |
| E-mail  rodzica/opiekuna |  |

**Uniwersytet Zdrowego Stylu Życia organizowany jest przez Fundację na rzecz Collegium Polonicum w ramach projektu realizowanego przez Powiat Słubicki pn. „Profilaktyka chorób układu krążenia i promocja zdrowego stylu życia w powiecie słubickim”. Uczestnictwo w Uniwersytecie jest dobrowolne i bezpłatne.**

Jednocześnie oświadczam, że

* zapoznałem/łam się z warunkami udziału w Uniwersytecie i akceptuję regulamin
* wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, uzyskanych w związku z organizacją i prowadzeniem Uniwersytetu przez Organizatora (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).
* wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku w ramach projektu „Profilaktyka chorób układu krążenia i promocja zdrowego stylu życia w powiecie słubickim” finansowanego w ramach Programu PL13 Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz budżetu państwa.

Czytelny podpis rodzica (lub opiekuna):………………………………………………..

Miejscowość i data:………………………………………………..