

POLITECHNIKA BIAŁOSTOCKA
AUGUSTOWSKI UNIWERSYTET DZIECIĘCY
DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Deklaruję udział dziecka w zajęciach w ramach Projektu „Politechnika Białostocka – Augustowski Uniwersytet Dziecięcy” (PB AUD) w roku akademickim 2024/2025.

DZIECKO:

Imię																			
Drugie imię																			
Nazwisko																			
Data urodzenia (rrrr-mm-dd)						-													
Miejsce urodzenia																			

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY:

Imię																			
Drugie imię																			
Nazwisko																			
Adres zamieszkania	Ulica																		
	Numer domu																		
	Numer mieszkania																		
	Kod						-												
	Miasto																		
Nr telefonu stacjonarnego																			
Nr telefonu komórkowego	+	4	8							-									
Adres e-mail																			

Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem PB AUD dostępnym na stronie internetowej www.urzad.augustow.pl w zakładce: Augustowski Uniwersytet Dziecięcy i akceptuję jego postanowienia.

Wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach w ramach PB AUD.

.....
data i czytelny podpis
rodzica/opiekuna prawnego dziecka

Zgoda na przetwarzanie i publikację wizerunku w ramach Projektu Politechnika Białostocka – Augustowski Uniwersytet Dziecięcy (PB AUD)

Zgodnie z art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2509) wyrażam **dobrowolnie** zgodę na przetwarzanie i publikację wizerunku dziecka utrwalonego podczas zajęć PB AUD w materiałach o charakterze informacyjnym, promocyjnym oraz na stronie internetowej. Zgoda obejmuje wielokrotne wykorzystanie wizerunku w celach komercyjnych, w tym promocji i reklamy bez ograniczeń czasowych i terytorialnych, w szczególności w publikacjach elektronicznych, w tym w sieci Internet, prasie, telewizji, broszurach, ulotkach, gazetkach itp. Jestem świadoma/świadomy, że promocja będzie odbywać się poprzez zamieszczanie

zdjęć i materiałów filmowych na stronie internetowej oraz we wszelkich drukowanych materiałach. Jednocześnie oświadczam, iż niniejszej zgody udzielam nieodpłatnie.

.....

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

PONIŻSZE WYPEŁNIA TYLKO OSOBA, KTÓREJ PRZYŚLUGUJE WYŁĄCZNA WŁADZA RODZICIELSKA (BĄDŹ PRAWO DRUGIEGO RODZICA ZOSTAŁO W DANYM ZAKRESIE WYŁĄCZONE) LUB JEST JEDYNYM OPIEKUNEM PRAWNYM DZIECKA

Oświadczam, że jestem wyłącznie uprawniony do udzielenia ww. zgód.

.....

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego