Załącznik 3

**POWIATOWY+ KONKURS INTERDYSCYPLINARNY**

Matematica Applicata

**ZGODA RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW**

………………………………………

Imię i nazwisko uczestnika konkursu

…………

Klasa

………………………………………

Szkoła

 **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojej córki/mojego syna w Powiatowym Konkursie Interdyscyplinarnym „Matematica Applicata” organizowanym przez Publiczną Szkołę Podstawową nr 15 w Wałbrzychu.

Znam i akceptuję zapisy Regulaminu.

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka oraz na upublicznianie jego wizerunku wyłącznie na potrzeby Konkursu.

…………………………………………….. ……………………...

Miejscowość, data Podpis rodzica/opiekuna