*Załącznik nr 2*

**METRYCZKA – WOJEWÓDZKI KONKURS**

**ŚLADAMI ROCZNIC HISTORYCZNYCH - BITWA WARSZAWSKA 1920**

**DANE UCZNIA**

Imię i nazwisko, klasa

..................................................................................................................... ………………………………

**NAZWA I ADRES SZKOŁY**

...........................…………………………….……………………………………………………….

**IMIĘ I NAZWISKO NAUCZYCIELA NADZORUJĄCEGO PRACĘ**

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Ja, niżej podpisany Uczestnik wojewódzkiego konkursuŚLADAMI ROCZNIC HISTORYCZNYCH - BITWA WARSZAWSKA 1920 oświadczam:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym dla celów związanych z przeprowadzeniem konkursu w zakresie określonym Regulaminem Konkursu
2. Od daty dokonania wysyłki pracy konkursowej, przenoszę na Organizatora Konkursu nieodpłatnie prawa do korzystania i rozporządzania pracą będącą przedmiotem konkursu.

……………………………………………..

Podpis Uczestnika

Jako rodzic/opiekun ustawowy uczestnika konkursu, wyrażam zgodę na złożenie przez uczestnika oświadczenia powyższej treści.

Zgoda rodzica/ opiekuna ustawowego jest wymagana, jeżeli uczestnik konkursu nie ukończył 18 roku życia. Bez podpisu opiekuna praca nie weźmie udziału w konkursie.

…………………………………………………………...

Podpis rodzica/ opiekuna ustawowego