

Zabrze, dnia

.....

.....

.....

(nazwisko i imię, adres rodzica, opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę – nie wyrażam zgody* na wykonywanie zdjęć mojego dziecka

.....

na terenie Szkoły Podstawowej Nr 42 z Oddziałami Integracyjnymi im. Mikołaja Kopernika w Zabrzu i wykorzystywanie ich w celach promocyjnych szkoły.

*Niepotrzebne skreślić

.....

(czytelny podpis rodzica)

Zabrze, dnia

.....

.....

.....

(nazwisko i imię, adres rodzica, opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę – nie wyrażam zgody* na wykonywanie zdjęć mojego dziecka

.....

na terenie Szkoły Podstawowej Nr 42 z Oddziałami Integracyjnymi im. Mikołaja Kopernika w Zabrzu i wykorzystywanie ich w celach promocyjnych szkoły.

*Niepotrzebne skreślić

.....

(czytelny podpis rodzica)