**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU UCZNIA**

Ja niżej podpisany …………………………………… *(imię i nazwisko rodzica)* wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka ……………………………………………… *(imię i nazwisko ucznia)* w celu zamieszczania, udostępniania i rozpowszechniania wizerunku mojego dziecka w związku z udziałem w spotkaniach, zajęciach lekcyjnych, uroczystościach, konkursach szkolnych, olimpiadach, zawodach sportowych, turniejach, wycieczkach, wyjściach klasowych i szkolnych, zgrupowaniach szkolnych, spotkaniach okolicznościowych związanych z życiem Instytut Głuchoniemych im. Jakuba Falkowskiego.

TAK NIE **Zgoda dotyczy wykorzystania wizerunku:**

Na stronie internetowej placówki https://instytut-gluchoniemych.waw.pl/

Na tablicach informacyjnych, w gazetkach i kronikach szkolnych.

W serwisach społecznościowych placówki Facebook oraz Youtube

W materiałach informacyjnych, reklamowych i promocyjnych.

Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Oświadczenie jest ważne do czasu wycofania zgody.

………………………………………………………………

data i czytelny podpis