



Powiat Legionowski

## **ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA**

### **VI edycja konkursu „ZDROWIE W BAJCE”**

(należy dostarczyć do 19 września 2014 r.)

1	Nazwa placówki oraz dokładny adres	
2	Telefon e- mail	
3	Tytuł	
4	Autor	
5	Kategoria wiekowa	<input type="checkbox"/> Przedszkole (3-4 lata) <input type="checkbox"/> Klasa „0” (5-6 lat) <input type="checkbox"/> Klasa I-III (6-9 lat) <input type="checkbox"/> kategoria OPEN
6	Liczba dzieci biorących udział w występie	
7	Imię i nazwisko osoby przygotowującej dzieci do występu	
8	Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby odpowiedzialnej za grupę w dniu występu	
9	Sprzęt niezbędny do występu ( <b>ewentualną płytę z podkładem muzycznym należy dostarczyć organizatorom najpóźniej tydzień przed występem</b> )	

#### WYPEŁNIA DYREKTOR PLACÓWKI:

Wyrażam zgodę na przystąpienie do konkursu pt. „Zdrowie w Bajce”. Wyrażam także zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku uczestników na potrzeby konkursu i działań promocyjnych jego organizatorów, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (DzU. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)

.....  
Miejscowość, data

.....  
Pieczętka placówki

.....  
Czytelny podpis  
Dyrektora placówki



Powiat Legionowski

## Zgoda rodziców na uczestniczenie dzieci

w VI edycji konkursu „ZDROWIE W BAJCE”

(należy zabrać ze sobą w dniu występu)

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w występach podczas konkursu  
„Zdrowie w bajce”

.....  
(nazwa placówki)

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Podpis rodzica
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		