

Załącznik nr 2 do Deklaracji uczestnictwa w Programie „Za Życiem”

Zgody rodzica lub opiekuna prawnego w Programie „Za Życiem”

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

.....
(Imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Dane dziecka:

.....
(Imię i nazwisko dziecka)

[Wizerunek dziecka]

Ja, niżej podpisany(a), na zasadzie określonej w art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2509), **wyrażam dobrowolną zgodę** na utrwalenie oraz późniejsze nieodpłatne używanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie przez **Zespół Szkół Specjalnych w Świdnicy pełniący funkcję Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego w Świdnicy (dalej jako „Ośrodek”)** wizerunku małoletniego, którego dane znajdują się w deklaracji uczestnictwa, w formie zdjęć lub filmów w celu popularyzacji i promocji działalności Ośrodka poprzez rozpowszechnianie wizerunku w:

1. Internecie na stronie internetowej Ośrodka w formie: wpisów, artykułów, reklam tekstowych, obrazkowych, elastycznych, dynamicznych, notek prasowych lub podobnych publikacji, filmów z wypowiedziami, klipów promocyjnych (strona internetowa www.niepelnosprawni.swidnica.pl);
 2. Internecie na portalach społecznościowych (portal społecznościowy Facebook, Instagram, Tik-Tok) w formie: wpisów, artykułów, notek prasowych lub podobnych publikacji, filmów z wypowiedziami, klipów promocyjnych;
 3. Internecie na platformach filmowych takich jak YouTube w formie filmów i wpisów;
 4. w prasie, na wystawach i wernisażach, w tym wypowiedzi w radio lub w Internecie w elektronicznych gazetach;
 5. pomieszczeniach Ośrodka w formie: wystaw, wernisaży, broszur, ulotek i innych materiałach promocyjnych.
 6. broszurach, ulotkach, gazetkach i innych materiałach promocyjnych;
- do czasu osiągnięcia przez ucznia pełnoletniości lub do czasu wycofania przeze mnie zgody. Zostałem poinformowany o przetwarzaniu danych osobowych. Zgodę wyrażam dobrowolnie i wiem, że mogę ją wycofać w dowolnym momencie.

- wyrażam / nie wyrażam zgody*)

[Zajęcia terapii]

na udział mojego dziecka we wszystkich zajęciach terapii oferowanych przez Wiodący Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy w Świdnicy w zakresie Programu Za Życiem.

- wyrażam / nie wyrażam zgody*)

Oświadczam, że jestem świadomy/a, że zgody dotyczące udziału mojego dziecka w zajęciach terapii są dobrowolne i że mogę je wycofać w dowolnym czasie i jestem świadomy/a, że wycofanie zgody na udział mojego dziecka w zajęciach terapii będzie skutkowało niemożliwością korzystania z zajęć terapeutycznych.

DATA , podpis rodzica/opiekuna prawnego	
--	--