**OŚWIADCZENIE
Zgoda rodzica (opiekuna prawnego) na udział dziecka**

w I WOJEWÓDZKIM FESTIWALU TALENTÓW ARTYSTYCZNYCH
DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNYCH W LUBLINIE
"LUBELSKA SKARBNICA TALENTÓW 2018”
organizowanym przez *Specjalny Ośrodek Szkolno - Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych
 im. Prof. Zofii Sękowskiej w Lublinie* i *Fundację "Zmieniamy* życie".

I. Wyrażam zgodę na udział w Festiwalu mojego dziecka:

…………………………………………………..……………………………
imię i nazwisko, wiek

…………………………………………………………………
nazwa i adres szkoły ( lub adres zamieszkania w przypadku indywidualnego zgłoszenia)

……………………………………………………… …
dane rodzica/opiekuna: imię i nazwisko, kontakt: telefon, e-mail, adres

II. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatorów Festiwalu danych osobowych mojego dziecka oraz moich danych w celu wynikających
z organizacji Festiwalu zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

III. Wyrażam zgodę na zamieszczenie danych osobowych mojego dziecka na stronach internetowych i profilach w portalach społecznościowych Organizatorów Festiwalu w publikacjach dotyczących Festiwalu, w szczególności informujących o jego wynikach.

IV. Ponadto wyrażam zgodę na wielokrotne, nieodpłatne i nieograniczone w czasie publikowanie wizerunku, w materiałach promocyjnych związanych z Festiwalem w publikacji okolicznościowej, na stronach internetowych i profilach społecznościowych Organizatorów oraz w innych formach utrwaleń. bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania.

V. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka, w przypadku wyłonienia laureata bądź w przypadku otrzymania wyróżnienia w Festiwalu. Niniejsza zgoda dotyczy w szczególności wykorzystywania wizerunku poprzez zamieszczanie fotografii, danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska oraz miejsca nauki uczestnika Festiwalu w publikacji na stronie internetowej Ośrodka i Fundacji "Zmieniamy życie". Niniejsza zgoda nie jest ograniczona czasowo ani terytorialnie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że:
1. Administratorem moich danych osobowych jest Specjalny Ośrodek Szkolno - Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych
 im. Prof. Zofii Sękowskiej w Lublinie, ul. Hirszfelda 6 i Fundacji "Zmieniamy życie" Lublin, ul. Relaksowa 11/11

2. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji Festiwalu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit., a Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (dalej "RODO"). Dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji Festiwalu, jego promocji i podsumowania na stronach internetowych i mediach społecznościowych Organizatorów Festiwalu oraz przez okres wynikający z przepisów prawa.
3. Podstawą do przetwarzania moich danych osobowych jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, przenoszenia lub ograniczenia ich przetwarzania.

5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym niezbędne dla mojego zaangażowania w Festiwalu.

.................................................................................... .................................................
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego/ pełnoletniego uczestnika Festiwalu data

**OŚWIADCZENIE
ZGODA NAUCZYCIELA/OPIEKUNA**

w związku z I WOJEWÓDZKIM FESTIWALEM TALENTÓW ARTYSTYCZNYCH
DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNYCH W LUBLINIE
"LUBELSKA SKARBNICA TALENTÓW 2018”
organizowanym przez *Specjalny Ośrodek Szkolno - Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych
 im. Prof. Zofii Sękowskiej w Lublinie* i *Fundację "Zmieniamy* życie".

I. Moje dane osobowe:

…………………………………………………..……………………………
imię i nazwisko

…………………………………………………………………
nazwa i adres szkoły

……………………………………………………… …
dane kontaktowe telefon, e-mail

II. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatorów Festiwalu moich danych w celach wynikających z organizacji Festiwalu zgodnie

z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE
(ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

III. Wyrażam zgodę na zamieszczenie moich danych osobowych na stronach internetowych i profilach w portalach społecznościowych Organizatorów Festiwalu w publikacjach dotyczących Festiwalu.

IV. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku. Niniejsza zgoda dotyczy w szczególności wykorzystywania wizerunku poprzez zamieszczanie fotografii, danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska w publikacji na stronie internetowej Ośrodka i Fundacji "Zmieniamy życie". Niniejsza zgoda nie jest ograniczona czasowo ani terytorialnie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że:
1. Administratorem moich danych osobowych jest Specjalny Ośrodek Szkolno - Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych
 im. Prof. Zofii Sękowskiej w Lublinie, ul. Hirszfelda 6 i Fundacji "Zmieniamy życie" Lublin, ul. Relaksowa 11/11

2. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji Festiwalu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit., a Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (dalej "RODO"). Dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji Festiwalu, jego promocji i podsumowania na stronach internetowych i mediach społecznościowych Organizatorów Festiwalu oraz przez okres wynikający z przepisów prawa.
3. Podstawą do przetwarzania moich danych osobowych jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, przenoszenia lub ograniczenia ich przetwarzania.

5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym niezbędne dla mojego zaangażowania w Festiwalu.

.................................................................................... .................................................
Czytelny podpis Nauczyciela/Opiekuna data