



Ośrodek Rewalidacyjno - Wychowawczy
74-320 Barlinek, ul. H. Sienkiewicza 15
Tel./fax: (095) 7462-447,
e - mail: ndorew.wwr@gmail.com

**ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO
NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA**

| | |
|---------------------------------|--|
| <i>Imię i nazwisko dziecka</i> | |
| <i>Data i miejsce urodzenia</i> | |
| <i>Adres zamieszkania</i> | |

Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam*zgody na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego syna/córki zarejestrowany podczas terapii prowadzonej w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w mediach elektronicznych tj. (www.brateg-barlinek.pl, profil SPD „Bratek” na Facebooku), prasie, broszurach, ulotkach itp.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celach informacyjnych, promocyjnych i szkoleniowych Ośrodek Rewalidacyjno – Edukacyjno w Barlinku.

.....
(Data i miejscowość)

.....
(Podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

*Niepotrzebne skreślić



Ośrodek Rewalidacyjno - Wychowawczy

74-320 Barlinek, ul. H. Sienkiewicza 15

Tel./fax: (095) 7462-447,

e - mail: ndorew.wwr@gmail.com