

Zabawa Biblioteczna
„LITERACKI ESCAPE ROOM”
Gołuchów, 16 października 2025

ZGODA RODZICA (opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego): _____

Adres zamieszkania: _____

Niniejszym wyrażam zgodę na udział córki / syna* _____

(imię i nazwisko oraz PESEL dziecka)

w Zabawie Bibliotecznej „LITERACKI ESCAPE ROOM”, która odbędzie się 16 października 2025 w Bibliotece Publicznej Gminy Gołuchów. Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie całkowitą odpowiedzialność cywilno-prawną za zachowanie córki / syna* w czasie trwania ww. Zabawy.

(data i podpis)

Organizator informuje, że powyższe dane osobowe będą przetwarzane jedynie dla potrzeb realizacji Zabawy Bibliotecznej „LITERACKI ESCAPE ROOM”, która odbędzie się w Bibliotece Publicznej Gminy Gołuchów 25.10.2025.

**niepotrzebne skreślić*