

**ZGODA RODZICÓW UCZNIA NA JEGO UDZIAŁ W ZAJĘCIACH ORGANIZOWANYCH
PRZEZ POLSKIE TOWARZYSTWO FIZYCZNE
ORAZ WYDZIAŁ FIZYKI UNIwersYTETU WARSZAWSKIEGO**

Wyrażam zgodę na udział
(imię, nazwisko ucznia)

ucznia/uczennicykl.
(nazwa szkoły)

na udział w zajęciach Pracowni Fizycznej dla uczniów indywidualnych, które będą się odbywać w budynku Wydziału Fizyki Uniwersytetu Warszawskiego w poniedziałki w godzinach: 15:30-18:00. Po zakończeniu zajęć, biorę całkowitą odpowiedzialność za samodzielny powrót mojego dziecka do domu.

.....
podpis rodzica lub prawnego opiekuna ucznia

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego

syna/córki/wychowanka.....
biorącego udział w zajęciach Pracowni Fizycznej dla uczniów indywidualnych organizowanych przez Polskie Towarzystwo Fizyczne oraz Wydział Fizyki Uniwersytetu Warszawskiego, w mediach (internecie, prasie, publikacjach papierowych).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego syna/córki/wychowanka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji tych zajęć.

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)