**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA USTAWOWEGO UCZNIA/UCZENNICY**

Wyrażam zgodę na uczestnictwo ucznia/uczennicy

.......................................................................................................................................................

(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)

.......................................................................................................................................................

(nazwa szkoły, klasa)

w Wojewódzkim konkursie na referat z zakresu astronomii i astrofizyki współorganizowanym przez Zachodniopomorskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli  
i oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem konkursu dostępnym na stronie internetowej ZCDN-u ([www.zcdn.edu.pl//wojewodzki-konkurs-na-referat-z-zakresu-astronomii-i-astrofizyki//](https://zcdn.edu.pl/wojewodzki-konkurs-na-referat-z-zakresu-astronomii-i-astrofizyki/)), w tym z informacją nt. przetwarzania przez ZCDN danych osobowych uczestników konkursu, i akceptuję zawarte w nim warunki.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [miejscowość, data] | [podpis opiekuna ustawowego] |