

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028

Ja niżej podpisany(a).....
oświadczam, że uzyskałem(-am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części Programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

Uczestnik programu:

Imię i nazwisko dziecka (drukowanymi literami)

Imię i nazwisko rodzica.....

Numer telefonu

Adres e-mail.....

.....
podpis i data złożenia podpisu rodzica