

Załącznik nr 4

………………………………………….

(miejscowość, data)

**ZGODA UCZNIA PEŁNOLETNIEGO**

Wyrażam zgodę na swój udział:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, szkoła, klasa)

w **I REGIONALNEJ OLIMPIADZIE WIEDZY O ZDROWIU PSYCHICZNYM.**

Równocześnie, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatorów Olimpiady, a także upublicznienie danych osobowych oraz wizerunku, w szczególności poprzez zamieszczenie w: publikacjach, pismach, Internecie, spotach filmowych, prezentacjach multimedialnych oraz w mediach dla celów promocji zdrowia.

**Podpisanie powyższej zgody jest równoznaczne z zaakceptowaniem Regulaminu Olimpiady.**

…………………………………………………………………………………………………

(czytelny podpis )