**ZGODA RODZICÓW**

Ja niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na udział mojej córki / mojego syna:

 ………………………………………………………………………………………………………

 (imię, nazwisko, adres zamieszkania)

w sobotnio-niedzielnych warsztatach astronomicznych „**Kosmos - złap uciekającą Galaktykę**” , które odbędą się w dniach 18/19 października 2014r . Jednocześnie we własnym zakresie zapewniam transport dziecka na zajęcia i odbiór po zakończeniu warsztatów.

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych do celów związanych z realizacją niniejszego projektu.

Data ………………… Podpis rodziców :……………………………. ………………………………..

**ZGODA RODZICÓW**

Ja niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na udział mojej córki / mojego syna:

 ………………………………………………………………………………………………………

 (imię, nazwisko, adres zamieszkania)

w sobotnio-niedzielnych warsztatach astronomicznych „**Kosmos - złap uciekającą Galaktykę**” , które odbędą się w dniach 18/19 października 2014r . Jednocześnie we własnym zakresie zapewniam transport dziecka na zajęcia i odbiór po zakończeniu warsztatów.

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych do celów związanych z realizacją niniejszego projektu.

Data ………………… Podpis rodziców :……………………………. ………………………………..