

Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE
rodzica/opiekuna prawnego**

Imię i nazwisko dziecka

.....

Nazwa szkoły

Adres szkoły

Klasa

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

Oświadczam, że:

- 1) znam i akceptuję *Regulamin Konkursu o Zdrowiu „Pod opieką Higieny – wiem, jak dbać o zdrowie” dla uczniów klas IV-VIII szkół podstawowych województwa mazowieckiego w roku szkolnym 2026/2027;*
- 2) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zwykłych mojego dziecka/podopiecznego do celów związanych z jego udziałem w Konkursie, w zakresie: *imię (imiona) i nazwisko, płeć, data i miejsce urodzenia, klasa, nazwa i adres szkoły, treść odpowiedzi na pytania konkursowe oraz liczba zdobytych za nie punktów, fakt otrzymania tytułu laureata /finalisty (jeśli dotyczy);*
- 3) ☐ wyrażam zgodę (**proszę odznaczyć, jeżeli dotyczy i jeżeli „TAK”**) na przetwarzanie danych osobowych szczególnych kategorii mojego dziecka/podopiecznego do celów związanych z jego udziałem w Konkursie, w zakresie: *informacja o niepełnosprawności i/lub chorobie oraz proponowany sposób dostosowania do niej warunków Konkursu;*
- 4) wyrażam zgodę na publikowanie na stronie internetowej MKO informacji o wynikach osiągniętych przez moje/mojego dziecko/ podopiecznego w Konkursie, w zakresie: *Imię i nazwisko, ID szkoły, liczba uzyskanych punktów;*
- 5) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z udziałem mojego dziecka/podopiecznego w Konkursie, w zakresie: *imię i nazwisko, dane kontaktowe;*
- 6) zapoznałam (-em) się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego (oraz moich) w związku z jego udziałem w Konkursie dostępną na stronie internetowej Kuratorium Oświaty w Warszawie adres: www.kuratorium.waw.pl

.....
Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego