

Data warsztatów: .....

Studio Kulinarne ZAZOWSCY  
Zakład Aktywności Zawodowej  
08-110, ul. Chopina 8A  
e-mail: [studiokulinarne@zaz-siedlce.pl](mailto:studiokulinarne@zaz-siedlce.pl)  
[www.zaz-siedlce.pl](http://www.zaz-siedlce.pl)

## OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA NIEPEŁNOLETNIEGO

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się z **Regulaminem Studia Kulinarnego „ZAZowscy”** i akceptuję jego postanowienia.

Wyrażam zgodę **na udział mojego dziecka/podopiecznego w warsztatach** oraz biorę odpowiedzialność za jego zachowanie podczas zajęć.

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie i wykorzystanie **wizerunku mojego dziecka/podopiecznego** przez Studio Kulinarne „ZAZowscy” w celach dokumentacyjnych, edukacyjnych i promocyjnych, w materiałach drukowanych, na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących mi prawach zgodnie z **RODO i polityką prywatności** Zakładu Aktywności Zawodowej Caritas Diecezji Siedleckiej.

### Dane rodzica / opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: ..... Adres e-mail(opcjonalnie): .....

### Dane uczestnika warsztatów:

Imię i nazwisko: .....Data ur.: .....

Nazwa szkoły ..... Klasa:.....

UWAGI/Alergie .....

.....

.....  
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego warsztatów