

....., dnia roku
(miejscowość)

.....
(imię i nazwisko Rodzica/Prawnego Opiekuna)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL:

.....
(imię i nazwisko Wolontariusza)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL:

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie w czasie nieograniczonym zdjęć i filmów z wizerunkiem mojej/mojego nieletniej/nieletniego córki/syna.....
na potrzeby Fundacji dla Dzieci z Chorobami Nowotworowymi „Krwinka” (w tym do celów medialnych).

.....
(czytelny podpis Wolontariusza powyżej 16 r.ż.)

.....
(czytelny podpis Rodzica/Prawnego Opiekuna)