Opole dnia……………………………………

Pieczątka Stowarzyszenia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko

(osoby wyrażającej zgodę lub ustawowego opiekuna wyrażającego zgodę)

data i miejsce urodzenia

numer i seria dowodu osobistego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.

ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Wyrażam zgodę Wojewódzkiemu Towarzystwu Walki z Kalectwem w Opolu na publikację wizerunku na stronie internetowej Stowarzyszenia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko Podopiecznego)

(podpis osoby wyrażającej zgodę /

podpis ustawowego opiekuna wyrażającego zgodę