

KARTA ZGŁOSZENIOWA

Wojewódzki Konkurs Matematyczny „TRIATHLON MATEMATYCZNY”

Organizator konkursu: Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży
Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej,
ul. Swobodna 59
tel./fax (32) 261 22 45

Termin konkursu: 03.04.2025 r., godz. 9:30

Lp.	Imię i nazwisko ucznia / klasa	Dodatkowe informacje (rodzaj dostosowania/ niepełnosprawności) *	Imię i nazwisko nauczyciela / adres e-mail	Adres szkoły nr telefonu / e-mail
KATEGORIA I **				
KATEGORIA II **				

* Informacja ważna ze względu na dostosowanie zadań konkursowych do indywidualnych możliwości uczniów.

** I kategoria: uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim / II kategoria: uczniowie z normą intelektualną.

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU
ORAZ PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA

Wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)
podczas Wojewódzkiego Konkursu „TRIATHLON MATEMATYCZNY” organizowanego w Specjalnym
Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej w dniu
03.04.2025 r. oraz wykorzystanie tego wizerunku i danych osobowych do celów postępowania konkursowego
- opublikowania wyników i zdjęć w mediach społecznościowych oraz na stronie internetowej Ośrodka.

.....
(miejsce, data)

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU
ORAZ PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA

Wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)
podczas Wojewódzkiego Konkursu „TRIATHLON MATEMATYCZNY” organizowanego w Specjalnym
Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej w dniu
03.04.2025 r. oraz wykorzystanie tego wizerunku i danych osobowych do celów postępowania konkursowego
- opublikowania wyników i zdjęć w mediach społecznościowych oraz na stronie internetowej Ośrodka.

.....
(miejsce, data)

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego