



.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu kontaktowego

Niniejszym wyrażam zgodę na uczęszczanie mojego dziecka

imię i nazwisko

ur. dnia:.....* zamieszkałego:.....

ucznia (numer i adres szkoły).....

do Schroniska dla Bezdomnych Zwierząt „PSITUL MNIE” w Zabrzu- Biskupicach i
czynnym udziale w opiece nad zwierzętami w godzinach:

- pn- pt 10⁰⁰ - 17⁰⁰
- sobota 10⁰⁰ - 15⁰⁰
- niedziela 10⁰⁰ - 15⁰⁰

Oświadczam, że znane mi są zagrożenia typu pogryzienie, choroby skórne, wynikające z kontaktu ze zwierzętami.

.....
podpis rodzica

- Dzieci do lat 16 tylko pod opieką rodziców lub pełnoletniego opiekuna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w celu prowadzenia ewidencji wolontariuszy.

Mam możliwość wglądu, zmiany i usunięcia danych osobowych mojego dziecka z ewidencji wolontariuszy w każdym momencie.

Dane dziecka są przechowywane przez okres 5 lat od zakończenia umowy wolontariatu i nie będą przekazywane do państw trzecich.

Administratorem danych osobowych dziecka jest Towarzystwo Opieki Nad Zwierzętami W Polsce Oddział W Zabrzu z siedzibą w Zabrzu, ul. Wolności 278.

.....
Podpis