**Karta zgłoszenia**

**Konkurs literacki „ZAPISZ SWÓJ SEN”**

**Organizatorzy: Kościański Ośrodek Kultury, ul. Mickiewicza 11, 64-000 – Kościan**

**Miejska Biblioteka Publiczna, ul. Wrocławska 28 b, 64 – 000 Kościan.**

Imię i nazwisko uczestnika: ................................................................................................................

Imię i nazwisko opiekuna prawnego: ..................................................................................................

Wiek uczestnika: ……………………….............................................................................................

E-mail: ................................................................................................................................................

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

* Oświadczam, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka\* w celu uczestnictwa w **Konkursie literacki „ZAPISZ SWÓJ SEN”**, organizowanego przez Kościański Ośrodek Kultury i Miejską Bibliotekę Publiczną.
* Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu literacki **„ZAPISZ SWÓJ SEN”,** którego organizatorem jest Kościański Ośrodek Kultury i Miejska Biblioteka Publiczna.

…………………………………………………………………..

data, czytelny podpis opiekuna prawnego\*