………………………., dnia………………..2024 r.

*(miejscowość i data)*

**Oświadczenie rodziców/opiekunów prawnych osób niepełnoletnich biorących udział w 10. Międzynarodowym Festiwalu Muzycznym Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe Rytmy” zwanym dalej Festiwalem „Ślimakowe Rytmy”**

...............................................................................................................................................................................

**(imię i nazwisko niepełnoletniego – poniżej 16 roku życia - Uczestnika Festiwalu)**

...............................................................................................................................................................................

**(imię i nazwisko opiekuna prawnego Uczestnika Festiwalu)**

**ZGODA NA UDZIAŁ W 10. FESTIWALU „ŚLIMAKOWE RYTMY”**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w 10. Festiwalu „Ślimakowe Rytmy” organizowanym przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu z siedzibą w Warszawie (02-042), ul. Mochnackiego 10 oraz Instytut Patologii Zmysłów Kajetany, ul. Mokra 7, 05-830 Nadarzyn.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przez mnie w formularzu rejestracyjnym danych osobowych oraz wizerunku mojego i pozostającego pod moją pieczą dziecka przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu z siedzibą w Warszawie przy ul. M. Mochnackiego 10, 02-042 Warszawa w celach związanych z organizacją i uczestnictwem w 10. Festiwalu „Ślimakowe Rytmy” oraz ich wykorzystanie w materiałach reklamujących i dokumentujących to Wydarzenie.

Dane osobowe moje i pozostającego pod moją pieczą dziecka podaję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Oświadczam jednocześnie, iż zapoznałam/em się z treścią informacji o przetwarzaniu danych osobowych oraz Regulaminem Festiwalu „Ślimakowe Rytmy”, którego treść akceptuję (treść klauzuli informacyjnej oraz Regulaminu dostępna jest na stronie [festiwal.ifps.org.pl](http://festiwal.ifps.org.pl)).

…………………………………………………..

(*czytelny podpis opiekuna*)

**ZEZWOLENIE NA ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU**

Zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych udzielam zezwolenia na utrwalenie oraz nieodpłatne, bezterminowe i nieograniczone terytorialnie wykorzystanie i rozpowszechnianie wizerunku mojego i pozostającego pod moją pieczą dziecka przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu z siedzibą w Warszawie przy ul. M. Mochnackiego 10, 02-042 Warszawa na następujących polach eksploatacji: wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, nagrań, obrót egzemplarzami na których utrwalono wizerunek oraz rozpowszechnianie wizerunku z uwzględnieniem wszelkich dostępnych technik i środków przekazu (w tym za pośrednictwem Internetu), w zakresie i celach związanych z organizacją i uczestnictwem w 10. Festiwalu „Ślimakowe Rytmy”. Niniejsza zgoda obejmuje prawo do wykorzystania i rozpowszechniania wizerunku mojego i pozostającego pod moja pieczą dziecka utrwalonego podczas realizacji wydarzenia we wszelkich utworach lub materiałach dokumentujących i promujących to wydarzenie, a także w materiałach informacyjnych dotyczących działalności IFPS.

…………………………………………………..

(*czytelny podpis opiekuna*)