

.....  
*pieczęć szkoły*

**Zgłoszenie udziału  
w Międzyszkolnym Przeglądzie Teatrów Szkolnych: *Potyczki Teatralne -  
Na to nas stać!* dla uczniów szkół podstawowych oraz starszych grup  
przedszkolnych**

**w roku szkolnym 2018/2019**

Pełna nazwa szkoły:

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

*(typ szkoły wraz z patronatem)*

Adres: .....

Tel/fax: .....

Adres e-mail: .....

Gmina: .....

Imię i nazwisko opiekuna grupy teatralnej: .....

Informuję, że w przeglądzie ..... będzie brało udział .....  
*(nazwa)* *(liczba)*

uczestników w wieku .....  
*(wiek/klasa)*

Akceptuję warunki zawarte w Regulaminie Przeglądu oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatora danych osobowych zawartych w niniejszym Zgłoszeniu, w oparciu o art. 23 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych do celów związanych z organizacją Przeglądu Teatrów Szkolnych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na upublicznienie wizerunku uczestników Międzyszkolnego Przeglądu Teatrów Szkolnych.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis i pieczęć dyrektora szkoły