

**Deklaracja przystąpienia do
Krajowego Towarzystwa Autyzmu
– Oddział w Stalowej Woli**

Nazwisko i imię rodzica/opiekuna.....

.....

Adres zamieszkania

.....

kontakt (tel. + mail):

Nazwisko i imię dziecka

data urodzenia.....

inne uwagi (dieta, itp.)

Proszę o przyjęcie mnie do Oddziału Terenowego KTA w Stalowej Woli.

Deklaruję płacenie składek członkowskich oraz przestrzegania Regulaminu i Statutu KTA.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb stowarzyszenia zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101,poz. 926 z późn. zm.).

miejsce, data i czytelny podpis

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykorzystanie wizerunku mojej osoby, mojego dziecka / podopiecznego* w postaci zdjęć, nagrania wideo, głosu, tekstu wypowiedzi w telewizji, radiu, prasie i innych środkach masowego przekazu zarejestrowanego podczas zajęć organizowanych przez KTA Oddział Terenowy w Stalowej Woli w celu prezentacji jego działalności.

Niniejsze oświadczenie jest zezwoleniem w rozumieniu art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych (DZ.U. z 1994r. nr 24, poz.83).

Jednocześnie Zarząd stowarzyszenia zobowiązuje się poinformować o wykorzystaniu w/w wizerunku w innym miejscu niż strona internetowa stowarzyszenia o ile to będzie możliwe.

miejsce, data i czytelny podpis

* niewłaściwe skreślić