

***Kazimierz Pułaski Polish Saturday School in Atlanta***

***Polska Sobotnia Szkoła im. Kazimierza Pułaskiego w Atlancie***

**Consent to photographs and films of my children being taken and published**

**Zgoda na wykonywanie i publikację zdjęć oraz filmowanie mojego dziecka**

I hereby consent/do not consent to photographs and films of my child/children

……………………………………………………………………………………………………………..

(first and last name of the children)

being taken and recorded at the Polish Saturday School in Atlanta or at events organized by the School, and possibly also published on the School’s website, newsletter and documents published by the School.

…………………………………………………… ……………… ……………………………………………

Name of the parent or guardian Date Signature

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na wykonywanie zdjęć oraz filmowanie mojego dziecka/moich dzieci

………………………………………………………………………………………………………

(imiona i nazwiska dzieci)

na terenie Polskiej Sobotniej Szkoły i podczas imprez organizowanych przez Szkołę, oraz ewentualną ich publikację na stronie internetowej Szkoły, w gazetkach szkolnych i dokumentach publikowanych przez Szkołę.

…………………………………………………… ……………… ……………………………………………

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna Data Podpis