**Zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w wyzwaniu**

**„TAK dla transplantacji”**

Ja, niżej podpisany/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

działając jako przedstawiciel ustawowy małoletniego/małoletniej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(imię i nazwisko dziecka)

wyrażam zgodę na jego/jej udział w kokursie „TAK dla transplantacji” organizowanym przez Uniwersytet Zielonogórski w okresie od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 r. do 23 maja 2025 r.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem konkursu i akceptuję jego postanowienia.

(miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna prawnego)