

*Załącznik nr 2*

*do Regulaminu Konkursu  
„Widzisz. Nie zgadzaj się! REAGUJ!”*

**Zgoda przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej**

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna…………………………………………………………………

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………..

Nr dowodu osobistego…………………………………………………………………………….

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego:

imię i nazwisko…………………………………………………………………………………….

data urodzenia…………………………………………………………………………………….

ucznia szkoły………………………………………………………………………………………

w konkursie pn. „Widzisz.Nie zgadzaj się! REAGUJ!”organizowanym przez Zarząd Województwa Lubuskiego.

Akceptuję regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej Organizatora: [www.lubuskie.pl](http://www.lubuskie.pl)

……………………………. …………………………………………

(miejscowość, data) (podpis ustawowego przedstawiciela

osoby niepełnoletniej)