**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA   
IX POWIATOWEGO KONKURSU PROFILAKTYCZNEGO**

**Dane Uczestnika Konkursu:**

Imię i nazwisko Uczestnika:

Wiek/klasa:

Adres i pełna nazwa szkoły:

**Oświadczam, że:**

1. powyższe dane są prawdziwe i aktualne;
2. zapoznałem/am się z Regulaminem IX Powiatowego Konkursu Profilaktycznego organizowanego przez Liceum Ogólnokształcące im. Bogusława X   
   w Białogardzie i akceptuję jego warunki;
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu organizacji, promocji i przeprowadzenia Konkursu, publikacji informacji o laureatach Konkursu.

Miejscowość, data Podpis Uczestnika