

攝錄影同意書

本人_____同意____年級學生_____參與財團法人立賢教育基金會「超能力解鎖多元探索計畫」(以下簡稱本計畫), 基於教育推廣、藝文推廣與學術研究之公益目的, 同意無償授權財團法人立賢教育基金會拍攝及錄製本人子女參與活動之情形, 被授權單位得將其以紙本或其他數位化方式, 從事製做典藏建檔以及社群平台公布的方式, 藉由網站公開播放、查詢、列印、出版及部分修改等, 作為學術交流、教學應用、藝文推廣及計畫成果之公益用途。

課程資訊

課程名稱: 超能力解鎖多元探索計畫

課程時間: 114年9月 - 115年6月

課程地點(學校): (請自行填入學校名稱)

此致

被授權人: 財團法人立賢教育基金會

學生家長(簽名):

聯絡電話:

中華民國 年 月 日