**Bilag 2**

**Samtykkeerklæring til dåbsforældre**

Jeg giver som forældremyndighedsindehaver samtykke til, at mit barns dåb den XXX transmitteres via XXX, grundet de nuværende omstændigheder med COVID-19 og restriktioner for forsamlinger. (Hvis transmissionen lægges op på Facebook, hjemmeside, mm., skal følgende tilføjes: Jeg giver ligeledes tilladelse til, at transmissionen lægges op på XXX kirkes hjemmeside, Facebook-side (eller hvor det nu lægges op).)

**Tilbagekaldelse af samtykke**

Du er berettiget til, på hvilket som helst tidspunkt, at tilbagekalde dit samtykke, indtil transmissionen begynder.

Hvis transmissionen lægges op på fx Facebook, YouTube eller lignende, er du berettiget til, på hvilket som helst tidspunkt, at tilbagekalde dit samtykke.

Såfremt du tilbagekalder dit samtykke, påvirker dette alene den fremadrettede behandling af dine oplysninger og dermed ikke lovligheden af den brug, der er baseret på samtykket inden din tilbagekaldelse heraf.

Tilbagekaldelse af samtykke kan ske ved at rette henvendelse til XXX på e-mail: XXX

**Navn på dåbsbarn:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Navn på dåbsforældre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ved fælles forældremyndighed skal begge indehavere af forældremyndigheden underskrive:

Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Forældremyndighedsindehaver 1**  **Forældremyndighedsindehaver 2**

Navn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**