

Deklaracja uczestnicwa w obozie KOFISPORT

nazwa wypoczynku:

Imię i Nazwisko, nr telefonu Matki:

Imię i Nazwisko, nr telefonu Ojca:

Imię i Nazwisko dziecka:

Imię i Nazwisko drugiego dziecka:

PESEL dziecka:

Adres zamieszkania:

Wzrost:/.....:

M@il:



Wyrażam zgodę na przystąpienie i uczestnictwo Naszej/go Córki/Syna do zajęć organizowanych przez KOFISPORT, Zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminów, Zarządzeń, oraz do terminowego wnoszenia opłat za zajęcia. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie danych osobowych mojego dziecka w bazie danych Spółdzielni Socjalnej KoFiSport, dla potrzeb niezbędnych do organizacji pracy i funkcjonowania Szkołki(zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych). Na wykorzystanie i przetwarzanie w celach marketingowych (własnych), a także na przesyłanie mi dodatkowych informacji o usługach Spółdzielni Socjalnej KoFiSport (dotyczy danych zawartych powyżej). Dane mogą być udostępniane wyłącznie Instruktorom i pracownikom KOFISPORT, którzy są zobowiązani do zachowania tajemnicy służbowej. Zapoznałem i zgadzam się z regulaminem ochrony danych osobowych zgodnych z RODO (regulamin zał nr1 / wwwkofisport.pl)

OŚWIADCZENIE RODZICÓW, OPIEKUNÓW LUB LEKARZA

Oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do udziału dziecka w zajęciach sportowych.

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych podczas zajęć oraz pozostałych zajęć organizowanych przez Spółdzielnię Socjalną KoFiSport. Ponadto wyrażam zgodę na umieszczanie i publikowanie prac wykonanych przez moje dziecko na stronie internetowej Szkołki Pływackiej KoFiSport (Spółdzielni Socjalnej KoFiSport) , profilach internetowych zarządzanych przez szkołę jak eTwinning, Facebook, Google dokumenty i inne oraz w mediach w celu informacji i promocji szkoły. Na prośbę opiekuna prawnego jest możliwość bezpłatnego usunięcia wybranych zdjęć z publikacji.

Dodatkowe Informacje zdrowotne. Czy dziecko przyjmuje leki? Jakie? W jakich dawkach oraz kiedy ?

.....
.....
.....

.....

(podpis opiekuna prawnego)

.....

(Miejscowość,Data)