

ZGODA RODZICOW NA UDZIAŁ W BALU HALLOWEENOWYM

NAZWA WYDARZENIA: sportowa zabawa integracyjna BAL HALLOWEEN

DATA: 21.10.2023 lub 22.10.2023 (poprawne podkreślić)

IMIĘ I NAZWISKO ZAWODNIKA:

DATA URODZENIA:

TELEFON KONTAKTOWY DO RODZICA:

Ja niżej podpisana/y, oświadczam, że jestem prawnym opiekunem w/w zawodniczki/ka oraz że wyrażam zgodę na jej/jego udział w w/w spotkaniu. Oświadczam, że moje dziecko jest zdrowe i czuje się dobrze oraz że jego kondycja psychiczna i fizyczna jest dobra. Dziecko nie stanowi zagrożenia dla samego siebie ani otoczenia.

Oświadczam, iż moje dziecko systematycznie poddawane jest badaniom lekarskim i nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa w w/w spotkaniu. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Akademię Sportów Walki WATAHA zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U.2018 poz. 1000] oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Dane osobowe przetwarzane są dla potrzeb udziału w w/w spotkaniu przez Akademię Sportów Walki WATAHA z siedzibą w Częstochowie przy al. Wyzwolenia 8/2 (e-mail aswwataha@gmail.com).

Zostałem/am poinformowany/a, że przysługuje mi prawo dostępu do przekazanych danych, możliwości ich poprawiania, żądania zaprzestania ich przetwarzania. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka utrwalonego na zdjęciach oraz relacjach wideo wykonanych w ramach działalności niżej wymienionych na potrzeby przygotowania materiałów prasowych, telewizyjnych, promocyjnych, na stronę internetową ASW WATAHA oraz profile na portalach społecznościowych. (zgodnie z Ustawą o prawie autorskich i prawach pokrewnych z dnia 4.02.1994r. Dz.U.Z 1994r. Nr 24 poz. 83, art. 81) Przyjmuję do wiadomości fakt i wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w poczęstunku podczas spotkania. O ewentualnych alergiach pokarmowych informuję organizatorów.

.....

Data i podpis prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę na odbiór mojego dziecka przez.....(imię i nazwisko osoby uprawnionej do odbioru dziecka – innej niż prawny opiekun, podać numer dowodu osobistego)

.....

Data i podpis prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka ze spotkania.

.....

Data i podpis prawnego opiekuna