

ZGODA NA UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH ULTIMATE FRISBEE

1. Zgoda rodziców/opiekunów prawnych na udział w zajęciach

Oświadczam, że:

1. Informacje zawarte w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
2. Wyrażam zgodę na udział dziecka (imię i nazwisko): której/którego jestem opiekunem prawnym w zajęciach realizowanych w ramach projektu „**Sky This – szkółka ultimate**”.
3. Projekt realizowany jest przez firmę **Marketing Ewa Bańbuła – Dyda** przy współpracy z **Polskim Stowarzyszeniem Graczy Ultimate..**
4. Przyjmuję do wiadomości, że zajęcia mają charakter: sportowy, rekreacyjny, edukacyjny i profilaktyczny.
5. Jednocześnie (**proszę wyraźnie zaznaczyć jedną z poniższych opcji/skreślić niewłaściwą*):
 - a. nie zgłaszam żadnych przeciwwskazań do udziału dziecka w wyżej wymienionych zajęciach.
 - b. zgłaszam przeciwwskazania do udziału dziecka w wyżej wymienionych zajęciach. Są to:
.....

Uwaga! Uczestnictwo w zajęciach jest **dobrowolne**, wyrażenie zgody na uczestnictwo dziecka **NIE OZNACZA** obowiązku uczestniczenia w nich, a jedynie daje dziecku możliwość wzięcia udziału w zajęciach jeśli będzie nimi zainteresowane.

2. Dane osobowe uczestnika projektu (dziecka)

	Lp.	Nazwa	
Dane Uczestnika/ Uczestniczki	1.	Imię i nazwisko dziecka	
	2.	Płeć dziecka	kobieta <input type="checkbox"/>
			mężczyzna <input type="checkbox"/>
	3.	Data urodzenia	
	4.	PESEL	
	5.	Imię i nazwisko matki	
	6.	Imię i nazwisko ojca	
7.	Imię i nazwisko innego/innych opiekunów prawnych		
Dane kontaktowe	8.	Ulica	
	9.	Nr domu	
	10.	Nr lokalu	
	11.	Miejscowość	
	12.	Telefon kontaktowy uczestnika	
	13.	Adres mailowy uczestnika	
	14.	Telefon do rodzica/opiekuna prawnego	
	15.	Adres mailowy rodzica/opiekuna prawnego	

3. Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Nie zgłaszam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w zajęciach w ramach projektu „Sky This – szkółka ultimate”. Dziecko posiada aktualne badania lekarskie, świadczące o tym, że jest zdrowe.

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia i upoważniam/nie upoważniam* **Mateusza Dydę legitymującego się dowodem osobistym nr CDY 911901** do podejmowania decyzji w tej sprawie.

Miejscowość i data

Czytelny podpis rodzica*/opiekuna prawnego uczestnika projektu*

Uczestnik zobowiązany jest do posiadania ważnego ubezpieczenia NNW.

4. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

W związku z uczestnictwem w działaniach organizowanych w ramach projektu „Sky This – szkółka ultimate” wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka (wpisanych powyżej), którego jestem opiekunem prawnym.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem tak zebranych danych osobowych jest **Marketing Ewa Bańbuła - Dyda**, ul. Jordanowska 17, Warszawa 04-204.
2. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestniczenia w projekcie „Sky This – szkółka ultimate”.
3. Mam prawo dostępu do treści danych osobowych i ich poprawiania.

Miejscowość i data

Czytelny podpis rodzica*/opiekuna prawnego uczestnika projektu*

5. Zgoda na wykorzystanie wizerunku

W związku z udziałem dziecka, którego jestem opiekunem prawnym, w realizowanych działaniach wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć zrobionych w trakcie realizacji tych działań w celu promocji i udokumentowania działań „Sky This – szkółka ultimate”.

Zgoda oznacza brak konieczności każdorazowego zatwierdzania zdjęć. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę, powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu informacji i promocji działań.

Miejscowość i data

Czytelny podpis rodzica*/opiekuna prawnego uczestnika projektu*