

Zajęcia doskonalące z zakresu technik pływackich i ratowniczych

IMIĘ																									
NAZWISKO																									
PESEL:																									
DATA URODZENIA:																									
DATA WSTĄPIENIA DO SŁUPSKIEGO WOPR																									
MIEJSCE URODZENIA:																									
NR LEGITYMACJI																									

ADRES:	
TELEFON:	
MIEJSCE I TERMIN ZAJĘĆ:	

DANE OPIEKUNÓW PRAWNYCH	
Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
Adres zamieszkania	Adres zamieszkania
telefon kontaktowy	telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

Jako opiekunowie prawni niepełnoletniego wyrażamy zgodę na udział w zajęciach doskonalących z zakresu technik pływackich i ratowniczych.

Ponadto:

- Oświadczamy, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych oraz innych dla naszego dziecka, do udziału w zajęciach. Zgadzamy się, że za ukryte wady zdrowotne, choroby i przeciwwskazania do udziału w zajęciach i wynikłe z tego zagrożenia dla życia i zdrowia dziecka, WOPR nie ponosi odpowiedzialności.
- Oświadczamy, że moje dziecko posiada indywidualne ubezpieczenie NW (od Nieszczęśliwych Wypadków).
- Oświadczamy, że odpowiadamy za bezpieczeństwo naszego dziecka podczas dojazdu do/z miejsca zajęć.
- Oświadczamy, że nie będziemy rościć praw wobec Słupskiego WOPR w przypadku nieszczęśliwego wypadku podczas zajęć.
- Odpowiadamy materialnie za wszystkie szkody wyrządzone przez dziecko na wskutek nie przestrzegania regulaminu oraz niewykonywanie poleceń instruktorów i organizatorów.

Miejscowość	Data
PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO	PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczenie

- ☐ Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie, moich danych osobowych i danych mojego dziecka* w bazie danych Słupskiego Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, która będzie ich administratorem. Zgadzam się na przekazywanie tych danych osobom trzecim, a także na ich przetwarzanie zgodnie z 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) dla potrzeb niezbędnych do udziału w praktykach,
- ☐ Wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku uczestnika zajęć do celów promocyjnych, rekrutacyjnych, marketingowych.
- ☐ Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, smsowy, mailowy i listowy.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia. Dane osobowe podawane są dobrowolnie, jednak są niezbędne do tego, aby osoba mogła uczestniczyć w praktykach. Administratorem danych jest: Słupskie Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, ul. Szczecińska 99, 76-200 Słupsk.

***niepotrzebne skreślić**

.....
Czytelny podpis