

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA
NA ZAJĘCIA PODCZAS PÓŁKOŁONI ZIMOWYCH
W DNIACH: 20.01-24.01.2025r.**

Imię i nazwisko opiekuna.....tel.....

Miejsce zamieszkania opiekuna i dziecka.....

Imię i nazwisko uczestnika

Data urodzenia

PESEL:

Zgodnie z art. 7 i 13 Rozporządzenia 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

- ☐ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka..... wyłącznie w sprawach związanych z opieką nad dzieckiem w podczas zajęć w dniach 20.01-24.01.2025r.
- ☐ wyrażam zgodę na fotografowanie mojego dziecka podczas zajęć w dniach 20.01-24.01.2025r. oraz na używanie ich do celów informacyjnych i reklamowych placówki.

Rodzice/prawni opiekunowie uczestników wypoczynku:

1. Udostępniają organizatorowi i kierownikowi wypoczynku numer telefonu lub inny kontakt zapewniający szybką komunikację.

2. Zobowiązują się do niezwłocznego odbioru dziecka z wypoczynku w przypadku wystąpienia u ich dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności).

3. Osoby odprowadzające dziecko na zbiórkę lub do obiektu są zdrowe, nie mają objawów infekcji lub choroby zakaźnej, nie zamieszkiwały z osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych w okresie 14 dni przed rozpoczęciem wypoczynku.

4. Jeżeli dziecko choruje na chorobę przewlekłą, mogącą narazić je na cięższy przebieg zakażenia, rodzic/prawny opiekun, ma obowiązek poinformować organizatora o tym fakcie na etapie zgłaszania udziału



Fundacja Przedsiębiorczość
ul. Mieszka I 13
68-200 Żary
NIP: 928 10 02 224
REGON 970065215
Tel. 577- 750-800
www.fundacja.zary.pl
e-mail: fp@fundacja.zary.pl



w wypoczynku w karcie kwalifikacyjnej uczestnika wypoczynku. To samo dotyczy pełnoletniego uczestnika wypoczynku. W przypadku występowania u uczestnika chorób przewlekłych konieczne jest dostarczenie opinii lekarskiej o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wypoczynku.

Jednocześnie zostałam/em poinformowany iż:

1. Administratorem danych osobowych dziecka jest Fundacja Przedsiębiorczość, ul. Mieszka I 13, 68-200 Żary, NIP: 928-10-02-224, REGON: 970065215, tel.: 533322618, mail: fp@fundacja.zary.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Fundacja Przedsiębiorczość, ul. Mieszka I 13, 68-200 Żary, NIP: 928-10-02-224, REGON: 970065215, tel.: 533322618, mail: fp@fundacja.zary.pl
3. Dane osobowe dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celach wskazanych powyżej.
4. Posiada Pan/i prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

Oświadczam, że dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych (alergie, uczulenia) do uczestnictwa w zajęciach dodatkowych organizowanych przez Fundację Przedsiębiorczość i nie jest mi wiadomym o istnieniu tych przeciwwskazań, oraz, że Rodzice ponoszą pełną odpowiedzialności za zaistnienie zdarzenia związane z wystąpieniem u dziecka objawów chorobowych, alergii i uczuleń, co do których Fundacja Przedsiębiorczość nie zostało poinformowane przez Rodziców.

Oświadczam, że w sytuacji zarażenia wirusem COVID – 19 w trakcie trwania zajęć mojego dziecka, nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do organu prowadzącego, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju.

.....
Miejsce, data

.....
podpis rodzica/
opiekuna prawnego

Fundacja Przedsiębiorczość



Fundacja Przedsiębiorczość
ul. Mieszka I 13
68-200 Żary
NIP: 928 10 02 224
REGON 970065215
Tel. 577- 750-800
www.fundacja.zary.pl
e-mail: fp@fundacja.zary.pl

