Boks Gwardyński Team Wrocław

DANE KONTAKTOWE RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

1. Nazwisko i Imię ……

2. Adres i Kod ……

3. Telefon kontaktowy ……. Adres e – mail ……..

DANE OSOBOWE DZIECKA

1. Nazwisko i Imię ……. klasa……

2. Data i miejsce urodzenia …… Pesel ……..

3. Adres …… Kod ……

4. Szkoła / Przedszkole (nr, adres) ……..

- Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka.....w zajęciach sportowych, realizowanych przez Boks **Gwardyński Boks Wrocław**.
Stan zdrowia dziecka jest mi znany i umożliwia mu udział w zajęciach sportowych.

- Wyrażam zgodę na udzielenie dziecku pierwszej pomocy medycznej w razie wypadku. Jako rodzic (prawny opiekun) zabezpieczam dziecku bezpieczną drogę na zajęcia i jego powrót do domu.

- Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie zdjęć bądź filmów przedstawiających moje dziecko (prasa, telewizja, internet) z zawodów, treningów i innych akcji sportowych w sposób nie naruszający prywatności i godności uczestnika.

- W imieniu swoim oraz swojego dziecka wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji, na zasadach określonych w §6 Regulaminu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO).

Podpis rodzic i dziecka …… Wrocław ……..20…….

Nr konta bankowego – **20 1090 2529 0000 0001 5911 1161**

W tytule wpłaty proszę podać imię i nazwisko Dziecka plus Trenera i za który miesiąc jest wpłata.