

Klub Sportowy „ZDROWIE”
rejestr SKF Powiatu Pruszkowskiego nr 21
NIP 113-14-66-892, Regon 010215804, Tel: 600894690, 606209103
e-mail: kszdrowie@gmail.com , zdrowie@o2.pl
www.klubsportowyzdrowie.pl
05-816 Michałowice ul. Św. Antoniego 2

DEKLARACJA PRZYSTAPIENIA DO PROGRAMU
"łucznictwo pod chmurką"

*

od 02.04.2022 do 29.05.2022

Imię i nazwisko uczestnika zajęć

klasa

adres zamieszkania ul. nr

kod miejscowość

tel. e-mail

- Prosimy o czytelny wpis adresu e-mail. Brak e-mail uniemożliwia kontakt z rodzicem, opiekunem.

Niniejszym deklaruję przystąpienie do programu wyrażam zgodę ma udział mojego dziecka w zajęciach organizowanych przez Klub Sportowy ZDROWIE.

Uczestnik jest ZDROWY i będzie brał udział w treningach za moją zgodą i na moją odpowiedzialność, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

/ data i miejsce /

.....

czytelny podpis rodzica lub /opiekuna prawnego/

Udział w programie jest bezpłatny.



Dofinansowane z budżetu
Gminy Michałowice
w ramach dotacji
dla organizacji pozarządowych.

Przetwarzanie danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Klub Sportowy ZDROWIE z siedzibą w Michałowicach 05-816 ul. Św. Antoniego 2, danych osobowych uczestnika programu, jego wizerunku w celach reklamowych Klubu.

TAK – NIE (proszę zaznaczyć przez podkreślenie)

----- data
imię i nazwisko wyrażającego zgodę/

•

Informacje dodatkowe.

Rejestracja zbiorów danych.

Zgodnie z Art.43 ustawy o ochronie danych osobowych.

Nie ma obowiązku rejestrowania zbiorów danych osób zrzeszonych (członków naszego Klubu). Zbiory przechowywane są przez 6 lat, następnie trwale niszczone.

Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka na zdjęciach i nagraniach wideo zarejestrowanych podczas trwania szkolenia na stronie internetowej Klubu Sportowego ZDROWIE i Urzędu Gminy Michałowice w profilach Klubu Sportowego ZDROWIE, w mediach społecznościowych, w prasie i telewizji oraz innych mediach. Przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i dokumentowania działalności Klubu Sportowego ZDROWIE oraz promocji i dokumentowaniu szkolenia.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Brak zgody nie wyklucza możliwości rozpowszechniania fotografii i nagrań wideo, do których stosuje się art. 81 ust. 2 ustawy

o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Osoba odpowiedzialna za przetwarzanie danych w Klubie Sportowym Zdrowie

Jarosław Gajek tel. 600894690.

e-mail: kszdrowie@gmail.com