

Tomaszów Maz., dnia.....

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka PESEL
.....

w zajęciach pn. Zaopiekuj się Kulturą, organizowanych przez Miejskie Centrum Kultury w
Tomaszowie Mazowiecki w dniach....., w tym również na wyjścia w ramach
prowadzonych Zajęć

imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego.....

tel.....Adres.....e-mail.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Jednocześnie wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na interwencję medyczną lub przewiezienie
mojego dziecka do szpitala w razie zagrożenia jego zdrowia lub życia.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Zajęciach organizowanych przez
Miejskie Centrum Kultury w Tomaszowie Mazowieckim. Oświadczam również, iż biorę wszelką
odpowiedzialność za szkody, które spowodowało moje dziecko podczas uczestnictwa w zajęciach, a
także podczas przebywania na terenie placówki.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na samodzielny powrót do domu mojego dziecka po
zakończonych zajęciach. Po zakończonych zajęciach upoważniam do odbioru dziecka

.....
(Imię, i Nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Informacje o stanie zdrowia dziecka (np. choroby przewlekłe np. epilepsja, choroby zaraźliwe np. WZW typu B,C, przyjmowane leki, na co jest dziecko uczulone)

.....
.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Właściwie podkreślić

Prosimy o czytelne wypełnienie dokumentów

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Wyrażam zgodę na wykorzystanie Wizerunku mojego dziecka w celach dokumentacyjnych i promocyjnych, w szczególności w celu zamieszczenia Wizerunku w mediach zewnętrznych oraz w mediach wewnętrznych, na stronie internetowej Miejskiego Centrum Kultury w Tomaszowie Mazowieckim oraz profilach na portalach społecznościowych w związku z prowadzoną przez Upoważnionego działalnością z zakresu kultury.

Zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mojej osobie prawie dostępu do danych mojego dziecka/podopiecznego oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

Udzielenie zgody następuje nieodpłatnie.

.....
(data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH RODZICÓW/ OPIEKUNÓW

Zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mojej osobie prawie dostępu do moich oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu wysyłania informacji handlowych drogą elektroniczną przez Miejskie Centrum Kultury w Tomaszowie Mazowieckim zgodnie z europejskim rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L nr 119, str. 1) oraz ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. 2002 nr 144 poz. 1204 z zm.)

.....
(data i czytelny podpis)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu prowadzenia marketingu bezpośredniego za pośrednictwem połączeń telefonicznych przez Miejskie Centrum Kultury w Tomaszowie Mazowieckim zgodnie z europejskim rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L nr 119, str. 1) oraz ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. 2004 nr 171 poz. 1800 z zm.).

.....
(data i czytelny podpis)

Ja, niżej podpisana(ny) oświadczam, że moje dziecko w dniu rozpoczęcia

imię i nazwisko dziecka

zajęć nie ma infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną (nie ma podwyższonej temperatury, kaszlu, duszności) oraz nie mieszka z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miało kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie wirusem COVID-19 w okresie 14 dni przed rozpoczęciem zajęć.

data, czytelny podpis rodzica (opiekuna prawnego)

Właściwie podkreślić

Prosimy o czytelne wypełnienie dokumentów