

Tomaszów Maz., dnia

Nazwa turnusu

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka

.....

PESEL w zajęciach feryjnych organizowanych przez Miejskie Centrum Kultury w Tomaszowie Mazowieckim w dniach, w tym również na wyjścia w ramach prowadzonych zajęć.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

.....

Numer telefonu:.....

Adres:.....

.....

e-mail:.....

.....

data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w zajęciach feryjnych 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.

.....

data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

***Wyrażam zgodę** na samodzielny powrót mojego dziecka

.....
imię i nazwisko

z zajęć feryjnych w Miejskim Centrum Kultury.

.....
data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

***Wyrażam zgodę** na powrót mojego dziecka

.....
imię i nazwisko

z zajęć feryjnych w Miejskim Centrum Kultury pod opieką starszego rodzeństwa.

.....
data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

***Upoważniam panią/pana**

imię i nazwisko

legitymującą/-ego się dowodem osobistym seria numer
do odbierania mojego dziecka

.....
imię i nazwisko dziecka

z zajęć feryjnych w Miejskim Centrum Kultury.

Jednocześnie oświadczam, że przekazałem osobom upoważnionym, których dane udostępniam, informacje o warunkach, na jakich przetwarzane są dane osobowe opiekunów dzieci zgłaszanych do uczestnictwa w zajęciach feryjnych organizowanych przez MCK.

.....
data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

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 mi prawie dostępu do danych mojego dziecka/podopiecznego oraz prawie ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, prawie wniesienia sprzeciwu, prawie 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, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Zgoda na przetwarzanie danych rodziców/opiekunów prawnych

Zostałam/-em poinformowana/-y o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych oraz prawie do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, prawie wniesienia sprzeciwu, prawie 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 ze zm.)

.....
data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Ja, niżej podpisana/-ny oświadczam, że moje dziecko

.....
Imię i nazwisko dziecka

w dniu rozpoczęcia zajęć nie ma infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną (nie ma podwyższonej temperatury, kaszlu, duszności) oraz nie mieszka z osobą przebywającą na kwarantannie lub w izolacji i nie miało kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 wywołującym COVID-19 w okresie 10 dni przed rozpoczęciem zajęć.

.....
data, czytelny 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.

.....
data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

*Niepotrzebne skreślić