

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNA PRAWNEGO
na udział dziecka
w Zimowej Akademii Strzeleckiej

.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego, numer telefonu kontaktowego)

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

.....
(imię, nazwisko i wiek dziecka)

w dniu/dniach.....
w Zimowej Akademii Strzeleckiej organizowanej w Powiatowym Centrum Sportu „Smolany”
w Radoryżu Smolanym, Radoryż Smolany 9 A, 21-470 Krzywda.

Oświadczam, że nie istnieją medyczne przeciwwskazania do udziału mojego dziecka
w Akademii oraz że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Zimowej Akademii
Strzeleckiej i akceptuję jego treść.

.....
data

.....
Podpis rodzica/opiekuna

1. Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich oraz mojego dziecka danych osobowych przez Powiatowe Centrum Sportu „Smolany” oraz Klub Strzelecki „Smolany” w celu organizacji i przeprowadzenia Akademii.
2. Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody* na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka, utrwalonego podczas Akademii w mediach społecznościowych oraz na portalach informacyjnych Organizatorów.

.....
data

.....
Podpis rodzica/opiekuna

