

Zgoda na udział w zajęciach osoby niepełnoletniej

data: _____



Dane niepełnoletniego uczestnika zajęć:

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	

Dane opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

**zgody obowiązkowe*

1. Zgoda na rozpoczęcie świadczenia usług przed upływem okresu na odstąpienie od umowy*

Chcę, aby Fundacja Training Zone Skills rozpoczęła świadczenie usług, tj. prowadzenie zajęć sportowych przed upływem 14 dniowego terminu na odstąpienie od umowy. Zdaję sobie sprawę, że wiąże się z utratą przeze mnie prawa do odstąpienia od umowy przeze mnie w zakresie zajęć przeprowadzonych przed upływem terminu odstąpienia.

podpis opiekuna

2. Zgoda na udział w zajęciach*

Jako przedstawiciel ustawowy:

- wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w zajęciach sportowych organizowanych przez Klub o nazwie: Fundacja Training Zone Skills.
- oświadczam, że zapewnię naszemu dziecku/podopiecznemu bezpieczną drogę na zajęcia i jego powrót do domu.
- oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem zajęć sportowych organizowanych przez Klub o nazwie: Fundacja Training Zone Skills i akceptuję jego treść.

podpis opiekuna

3. Zgoda na udział w zajęciach*

Jako przedstawiciel ustawowy:

- zdaję sobie sprawę, że udział w zajęciach jest związany z ponadprzeciętnym wysiłkiem fizycznym, który wiąże się z ryzykiem doznania kontuzji lub innego uszczerbku na zdrowiu.
- oświadczam, że według mojej wiedzy nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do udziału mojego dziecka/podopiecznego w zajęciach sportowych oraz jednocześnie wyrażamy zgodę na udzielenie pierwszej pomocy mojemu dziecku/podopiecznemu, jeśli taka potrzeba zaistnieje.

podpis opiekuna

4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych*:

Wyrażam zgodę na **przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego** w związku z udziałem mojego dziecka/podopiecznego w zajęciach sportowych prowadzonych przez Fundację Training Zone Skills.

podpis opiekuna

5. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wrażliwych*:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego związanych z ochroną zdrowia i życia dziecka w zakresie szczególnych kategorii danych, jak stan zdrowia, brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału dziecka w zajęciach sportowych prowadzonych przez Fundację Training Zone Skills.

podpis opiekuna

Zgoda na wykorzystywanie wizerunku:

Wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka/podopiecznego podczas aktywności sportowej w ramach prowadzonych zajęć przez Fundację Training Zone Skills i oraz udzielam nieodpłatnej licencji nieograniczonej ilościowo, czasowo ani terytorialnie na wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczenie zdjęć i filmów w przestrzeni publicznej, w tym mediach społecznościowych Fundacji Training Zone Skills.

podpis opiekuna

Zgoda na otrzymywanie ofert drogą mailową:

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2017, poz. 1219, z późn. zm.) przez Fundację Training Zone Skills na adres wskazany w zamówieniu.

podpis opiekuna