

Zgoda na udział w zajęciach osoby niepełnoletniej

data: _____

Dane niepełnoletniego uczestnika zajęć:



Imię i nazwisko	
Data urodzenia	

Dane opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko	
-----------------	--

**zgody obowiązkowe*

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

Wyrażam zgodę na natychmiastowe rozpoczęcie zajęć sportowych przed upływem 14-dniowego ustawowego terminu na odstąpienie od umowy. Dzięki temu moje dziecko/podopieczny będzie mogło uczestniczyć w zajęciach od razu, bez oczekiwania na upływ terminu odstąpienia.

podpis opiekuna

2. Zgoda – akceptacja treści regulaminu*

Akceptuję Regulamin i rozumiem, że tym samym zawieram umowę o świadczenie usług zajęć sportowych z Fundacją Training Zone Skills. Rozumiem, że po bezpłatnych zajęciach próbnych muszę opłacać dalsze zajęcia w wyznaczonym terminie, aby kontynuować uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w zajęciach.

podpis opiekuna

3. 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 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*

Akceptuję politykę prywatności i 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

Zgoda na wykorzystywanie wizerunku

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku mojego dziecka/podopiecznego utrwalonego podczas zajęć sportowych organizowanych przez Fundację Training Zone Skills na potrzeby promocji działalności Fundacji w mediach społecznościowych (Facebook, Instagram) oraz na stronie internetowej. Rozumiem, że zgoda jest dobrowolna i mogę ją wycofać w każdym czasie, kontaktując się mailowo z Fundacją.

podpis opiekuna