

WAKACJE Z KOSZYKÓWKĄ 2016

Imię rodzica (opiekuna prawnego)	
Nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)	
Email:	
Telefon:	
Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia dziecka oraz PESEL:	
Seria i numer dowodu osobistego:	

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na uczestnictwo mojego dziecka w zorganizowanych treningach sportowych oraz wyjściach integracyjnych i innych aktywnościach w ramach zajęć podczas wakacji z koszykówką

Data i podpis

W razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na wezwanie karetki pogotowia lub przewiezienie dziecka do szpitala i udzielenie pierwszej pomocy.

Data i podpis

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na fotografowanie mojego dziecka podczas zajęć oraz publikowanie tych materiałów w kanałach informacyjnych Klubu celem promocji (billboardy, plakaty ulotki, banery na stronie internetowej itp.)

Data i podpis

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka w celach informacyjnych i marketingowych przez KKS Turów Zgorzelec S.A. zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. 2002r nr 101 poz 926 z późniejszymi zmianami) oraz na otrzymanie od KKS Turów Zgorzelec S.A. informacji handlowych poprzez sms oraz drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z 18.07.2002r (Dz.U. nr 144 poz. 1204 z późniejszymi zmianami) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Data i podpis