**závazná přihláška**

**název akce**

Provozovatel: Pionýr, z. s. – Pionýrská skupina Hrádek

Bankovní spojení: 184218118/0800

Místo konání:

Termín konání:

Cena akce Kč:

Variabilní symbol pro platbu = datum narození dítěte

**Základní údaje**

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Zdravotní pojišťovna dítěte: Telefon dítěte:

Jméno a příjmení otce: Telefon otce:

Jméno a příjmení matky: Telefon matky:

Kontaktní e-mail:

Jméno a příjmení jiné osoby vykonávající rodičovskou odpovědnost:

Kontaktní e-mail: Telefon:

Dítě je \*): dobrý plavec / slabší nebo částečný plavec / neplavec / ve vodě má problémy

Na obdobné akci \*): ještě nebylo bylo v letech

Zdravotní omezení a problémy

Podávání léků dítěti: pravidelné/při potížích

Jiná podstatná sdělení pro provozovatele

Všichni účastníci akce jsou pojištěni pro případ úrazu. Provoz akce není uzpůsoben pro zajištění úschovy cenností a vyšší finanční hotovosti. Proto je doporučeno tyto předměty do vybavení dítěte nezařazovat. Provozovatel akce neručí za ztráty a zničení vybavení tohoto charakteru.

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Prohlášení rodičů (osoby vykonávající rodičovskou odpovědnost):

Jsou mi známy dispozice provozu akce, uvedl/a jsem veškeré závažné informace týkající se zdravotního stavu dítěte a veškeré další uváděné údaje jsou správné a úplné. Případné změny zjištěné po odevzdání této přihlášky oznámím nejpozději před zahájením akce písemně formou účastnického listu – aktualizace zdravotních informací. Telefonické spojení uvedené na přihlášce pro dobu konání akce je platné a v případě závažných zdravotních problémů dítěte nebo vážných kázeňských přestupků zajistím odvoz dítěte z akce nejpozději do 24 hodin. Dále se tímto zavazuji uhradit veškeré škody na majetku provozovatele akce, případně dalších osob, které dítě úmyslně způsobí.

Lékař, který vystavil dokládaný posudek o zdravotní způsobilosti dítěte, je registrujícím praktickým lékařem pro děti a dorost, u kterého je posuzované dítě registrováno, a v době vydání posudku měl k dispozici veškeré informace týkající se výsledků odborných vyšetření, které by mohly jeho stanovisko týkající se způsobilosti dítěte k účasti na táboře ovlivnit.

V případě nutného ošetření nebo vyšetření dítěte lékařem souhlasím s přepravou dítěte k lékaři soukromým osobním vozidlem.

Byl/a jsem řádně informován/a o způsobech, právních důvodech a dalších podmínkách zpracování poskytovaných osobních údajů a o svých zákonných právech vázajících se k ochraně osobních údajů v rozsahu informačního materiálu Informace o rozsahu a důvodech zpracování osobních údajů účastníků akcí, který mi byl pořadatelem akce poskytnut.

Zde vylepte fotokopii průkazu zdravotního pojištění!!!

**Souhlas**

Souhlasím s tím, aby Pionýr, z. s. – Pionýrská skupina Hrádek se sídlem Spojovací 120, 338 42 Hrádek a Pionýr, z. s. se sídlem Senovážné náměstí 977/24, Praha 1 jako správci údajů používali na akci pořízené videozáznamy a fotografie zachycující moji podobu k dokumentaci a propagaci své činnosti. Souhlas uděluji na dobu 10 let. ANO / NE \*)

Souhlasím s tím, aby Pionýr, z. s. – Pionýrská skupina Hrádek se sídlem Spojovací 120, 338 42 Hrádek jako správce údajů používala uvedené kontaktní údaje účastníka a osob vykonávajících rodičovskou odpovědnost k zasílání informací o činnosti spolku a nabídek na další aktivity. Souhlas uděluji na 2 roky. ANO / NE \*)

Beru na vědomí, že své souhlasy mohu písemně kdykoliv odvolat a správce mé údaje do jednoho roku zlikviduje. Způsob zpracování údajů řeší interní směrnice Pionýra, z. s.

V …………………………………………………………………………………………………………………dne……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

podpis osoby vykonávající rodičovskou odpovědnost