

FORMULARZ ZAPISU DZIECKA NA ZAJĘCIA „GŁÓWKA PRACUJE”

zajęcia matematyczno-logiczne dla dzieci

1. DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Grupa przedszkolna:

2. DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego 1:

Telefon: _____

Adres e-mail: _____

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego 2:

Telefon: _____

Adres e-mail: _____

3. ZAPIS NA ZAJĘCIA

Deklaruję udział dziecka w zajęciach „Główka Pracuje” w grupie:

Iskierki

Dzień / godzina zajęć: _____

4. ODBIÓR DZIECKA PO ZAJĘCIACH

Po zakończeniu zajęć dziecko zostanie odebrane przez rodzica/opiekuna prawnego lub osobę wskazaną poniżej.

Imię i nazwisko	Telefon	Relacja do dziecka

Oświadczam, że osoby wskazane powyżej są przeze mnie upoważnione do odbioru mojego dziecka po zajęciach.

5. INFORMACJE ISTOTNE DLA BEZPIECZEŃSTWA I PRAWIDŁOWEGO UDZIAŁU W ZAJĘCIACH

Informacje, które prowadzący powinien znać w celu zapewnienia dziecku bezpieczeństwa podczas zajęć:

alergie, istotne ograniczenia lub inne ważne okoliczności, o których prowadzący powinien wiedzieć w celu zapewnienia dziecku bezpieczeństwa podczas zajęć.

☐ Nie ma żadnych informacji, o których prowadzący powinien wiedzieć w związku z bezpieczeństwem dziecka podczas zajęć.

6. OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

- ☐ Oświadczam, że podane w formularzu dane są prawdziwe i aktualne.
- ☐ Zapoznałem/am się z Regulaminem zajęć „Główka Pracuje” i akceptuję jego postanowienia.
- ☐ Upoważniam Pana Dawida Jagielskiego do odbioru mojego dziecka z Przedszkola „Perelka” im. Jana Brzechwy w Elku w związku z jego udziałem w zajęciach „Główka Pracuje”.
- ☐ Zobowiązuję się do poinformowania prowadzącego o zmianie danych kontaktowych oraz o zmianie osób upoważnionych do odbioru dziecka.
- ☐ Żądam rozpoczęcia świadczenia usług przed upływem 14-dniowego terminu na odstąpienie od umowy oraz przyjmuję do wiadomości, że w przypadku odstąpienia od umowy po rozpoczęciu świadczenia mogę być zobowiązany(-a) do zapłaty za świadczenia spełnione do chwili odstąpienia, proporcjonalnie do ich zakresu.
- ☐ Otrzymałem/am Informację o przetwarzaniu danych osobowych dotyczącą udziału dziecka w zajęciach „Główka Pracuje!”.
- ☐ Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości zapoznania się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w ramach zajęć „Główka Pracuje” oraz wiem, gdzie są one dostępne.
- ☐ Wyrażam wyraźną zgodę na przetwarzanie przez Dawida Jagielskiego informacji dotyczących zdrowia mojego dziecka, przekazanych przeze mnie w związku z jego udziałem w zajęciach „Główka Pracuje!”, w celu zapewnienia dziecku bezpiecznych i odpowiednich warunków udziału w zajęciach, zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a RODO. Zostałem/am poinformowany/a, że zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie.

7. PODPIS

Miejscowość i data: _____

Podpis rodzica / opiekuna prawnego: _____

Organizator zajęć: Dawid Jagielski