

SOUHLASY ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Tyto souhlasy se vztahují na následující akci pořádanou Tenisovou školou MS GEM (**hodící se zaškrtněte**):

- Příměstský tenisový kemp Dobřichovice
Tenisové pobytové soustředění

Identifikace pořadatele a správce osobních údajů

Pořadatelem akce a správcem osobních údajů je:

Jméno a příjmení / název podnikatele: Jiří Machek IČO: 07147732 Sídlo/místo podnikání: Krajníkova 630, Dobřichovice	Jméno a příjmení / název podnikatele: Jan Schröffel IČO: 04531817 Sídlo / místo podnikání: Dobřichovice
---	---

Místo konání akce:	
Termín konání akce:	

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození dítěte:	
Jméno a příjmení zákonného zástupce:	

Souhlas s doprovodem dítěte k lékaři

Souhlasím s tím, aby v době účasti mého dítěte na výše uvedené akci bylo v případě potřeby doprovázeno pověřenou osobou organizátora k lékaři nebo do zdravotnického zařízení, a aby tato osoba obdržela nezbytné informace o zdravotním stavu dítěte v rozsahu nutném k zajištění zdravotní péče.

Beru na vědomí, že v akutních a neodkladných případech může být dítě ošetřeno i bez předchozího souhlasu zákonného zástupce.

Podpis zákonného zástupce:	
Datum:	

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Souhlasím se zpracováním osobních údajů mého dítěte a mých kontaktních údajů organizátorem akce za účelem zajištění organizace akce, ochrany zdraví dítěte, komunikace se zákonným zástupcem a plnění zákonných povinností organizátora. Osobní údaje budou uchovávány pouze po dobu nezbytně nutnou a nebudou poskytovány třetím osobám.

Podpis zákonného zástupce:	
Datum:	

Souhlas se zveřejněním fotografií a videozáznamů

Souhlasím s pořizováním a zveřejněním fotografií a videozáznamů, na nichž je zachyceno mé dítě, pořízených v průběhu výše uvedené akce, a to za účelem prezentace činnosti Tenisové školy MS GEM na webových stránkách, sociálních sítích a v propagačních materiálech organizátora.

Tento souhlas je poskytován dobrovolně a může být kdykoliv písemně odvolán.

Podpis zákonného zástupce:	
Datum:	

Prohlášení zákonného zástupce – zdravotní informace

Prohlašuji, že jsem organizátora informoval/a o všech zdravotních omezeních mého dítěte, která mohou mít vliv na jeho účast na akci.

Užívané léky:	
Alergie / zdravotní omezení:	
Jiné specifické potřeby dítěte:	
Jméno a příjmení zákonného zástupce:	

Samostatný odchod dítěte z akce

Po skončení denního programu může mé dítě odcházet samostatně:

ANO NE (**nehodící se škrtněte**)

Podpis zákonného zástupce:	
Datum:	

Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že mé dítě v den nástupu na akci nejeví známky akutního onemocnění (zejména horečka, kašel, průjem) a v posledních 14 dnech nepřišlo do styku s osobou trpící infekčním onemocněním ani mu nebyla nařízena karanténa.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, pokud by toto prohlášení nebylo pravdivé.

Podpis zákonného zástupce:	
Datum:	