

ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO

na udział osoby niepełnoletniej w „Warsztatach kulinarnych dla dzieci- LEPIMY PIEROGI” odbywających się hotelu W IBIS STYLES BIAŁYSTOK I RESTAURACJI QUQUŁKA*
w dn. 29.09.2024**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego	
Adres zamieszkania	
Nr dowodu tożsamości	
Nr telefonu	

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udział w „Warsztatach kulinarnych dla dzieci - LEPIMY PIEROGI” mojego syna/ córki*.....odbywających się w ibis Styles Białystok w Restauracji QuQułka*** w terminie 29.09.2024.

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań, aby syn/córka przebywała na terenie obiektu.
Pod opieką:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Nr dowodu tożsamości	
Nr telefonu	

Informujemy, że administratorem dobrowolnie przekazanych za pomocą niniejszego oświadczenia danych osobowych jest Strus Rent sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: Al. KEN 84 lok. 106, 02-777 Warszawa. Przetwarzanie danych następuje w celach prawnie usprawiedliwionych, realizowanych przez Administratora Danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO. W każdej chwili mają Państwo prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądania sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz przeniesienia swoich danych osobowych przez kontakt na daneosobowe@strusdevelopment.pl. Dane osobowe będą przetwarzane na cele zorganizowanych warsztatów kulinarnych. Każdy uczestnik wydarzenia przez fakt wzięcia udziału w warsztatach wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych, publikację informacji i zdjęć z przebiegu warsztatów.

Przyjmuję do wiadomości, iż prowadzący obiekt nie sprawuje i nie zapewnia opieki nad osobami niepełnoletnimi przebywającymi w hotelu oraz iż rodzice lub opiekunowie prawni ponoszą pełną odpowiedzialność cywilną za działania osób niepełnoletnich.

Oświadczam, iż biorę pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody spowodowane przez moje dziecko, w tym wszelkie szkody materialne, działania które spowodują naruszenie czyjegoś życia lub zdrowia, naruszenie własnego życia bądź zdrowia na skutek zachowania bądź posiadanych chorób (w tym niedopilnowania przyjmowania leków).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich jak i dziecka danych osobowych zawartych w tym dokumencie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.).

data i podpis opiekuna prawnego

*Niepotrzebne skreślić