

KARTA UCZESTNIKA ZAJĘĆ ARA

| Lp. | Treść | Wypełnia Rodzic/Opiekun prawny niepełnoletniego uczestnika | Wypełnia pełnoletni uczestnik |
|-----|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Nazwa Sekcji | | |
| 2. | Imię i nazwisko Uczestnika | | |
| 3. | Data urodzenia Uczestnika | | |
| 4. | Adres zamieszkania Uczestnika | Nie dotyczy | |
| 5. | Nr telefonu Uczestnika | Nie dotyczy | |
| 6. | Adresy email Uczestnika | Nie dotyczy | |
| 7. | Imiona i nazwiska Rodziców/Opiekunów prawnych Uczestnika | | Nie dotyczy |
| 8. | Adres zamieszkania Rodziców/Opiekunów prawnych Uczestnika | | Nie dotyczy |
| 9. | Numery telefonów Rodziców/Opiekunów prawnych uczestnika | | Nie dotyczy |
| 10. | Adresy email Rodziców/Opiekunów prawnych Uczestnika | | Nie dotyczy |
| 11. | Inne istotne informacje, przydatne w opiece nad Uczestnikiem | | Nie dotyczy |
| 12. | Oświadczenia: | <p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Znam i akceptuję Regulamin. 2. Uczestnik nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w Zajęciach. 3. Podałem wszystkie znane mi informacje o Uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki. 4. Wyrażam zgodę na objęcie Uczestnika opieką medyczną w sytuacji wymagającej niezwłocznego działania. | <p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Znam i akceptuję Regulamin. 2. Nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w Zajęciach. 3. Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką medyczną w sytuacji wymagającej niezwłocznego działania. |
| 13. | Wyrażam zgodę na samodzielny powrót Uczestnika do domu po zakończeniu Zajęć | TAK / NIE *) | Nie dotyczy |
| 14. | Data i podpis wypełniającego | | |

*) - niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie i publikowanie wizerunku mojego/mojego dziecka*) (w formie fotograficznej i filmowej) przez MCK., zgodnie z art. 81 ust.1 ustawy z dnia 04.02.1994 o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity DZ.U. 2017, poz.880) Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda dotyczy fotografii i materiału filmowego przedstawiających wizerunek dokumentujący wszelkie formy **Zajęć** oraz imprez organizowanych przez MCK ora że rozpowszechnianie przez MCK wizerunku w formie fotografii lub materiału filmowego może by realizowane bez ograniczeń czasowych za pośrednictwem dowolnego medium.

*) - niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis

Wyrażam zgodę na przesyłanie newslettera zawierającego informację handlową w rozumieniu ustawy z dnia 18.07.2002 o świadczeniu usług drogą elektroniczną (tekst jednolity Dz.U. 2017, poz. 1219) na udostępniony przeze mnie adres poczty elektronicznej, tj. informację dotyczącą zajęć i wydarzeń kulturalnych organizowanych przez MCK.

TAK / NIE *)

*) - niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis

Informacja dla wypełniającego:

1. Administratorem danych osobowych zamieszczonych w **Karcie Uczestnika Zajęć ARA** jest Miejskie Centrum Kultury im. Henryka Bisty, z siedzibą w Rudzie Śląskiej, przy ulicy Niedurnego 69.
2. Dane osobowe zebrane zostały w celu potwierdzenia zrzeczenia w **Sekcjach**, prowadzonych w MCK, wystawiania dokumentów potwierdzających **Opłaty**, umożliwienia kontaktu w sprawach bieżących (np. powiadamiania o zmianach terminów zajęć).
3. Przewidywanymi odbiorcami danych mogą być:
 - 3.1. podmioty organizujące imprezy, w których będą brały udział **Uczestnicy Sekcji**, w zakresie koniecznym do dokonania zgłoszenia w imprezie (konkursy, festiwale),
 - 3.2. inne podmioty, którym udostępnienie danych będzie konieczne w celu zabezpieczenia żywotnych interesów tych osób.
4. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych.
5. Dane przekazywane są dobrowolnie, nie istnieje obowiązek podania danych osobowych, wynikający z przepisów prawa.

Zapoznałem się z powyższymi informacjami i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w **Karcie Uczestnika Zajęć ARA**, w ww. celach.

.....
Data i podpis