

FORMULARZ POZOSTAWIENIA DZIECKA W SALI ZABAW „FANTAZJA”

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia / wiek dziecka:

PRZEWIDYWANY CZAS POBYTU

Pozostawiam dziecko w Sali Zabaw „FANTAZJA” w dniu w godzinach od do

DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko:

Numer telefonu kontaktowego:

Numer dokumentu tożsamości:

OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA

Oświadczam, że: Pozostawiam dziecko w Sali Zabaw „FANTAZJA” dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

Jestem świadomy/a, że opieka sprawowana przez pracownika Sali Zabaw ma charakter opieki doraźnej, a nie indywidualnej. Moje dziecko nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do przebywania w Sali Zabaw. Zobowiązuję się do terminowego odbioru dziecka. W przypadku zagrożenia zdrowia lub życia dziecka wyrażam zgodę na podjęcie niezbędnych działań ratunkowych, w tym wezwanie służb ratunkowych.

ODBIÓR DZIECKA

☐ Oświadczam, że sam/a odbiorę dziecko z Sali Zabaw „FANTAZJA”.

☐ Upoważniam do odbioru dziecka następującą osobę:

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Numer dokumentu tożsamości:

RODO – KLAUZULA INFORMACYJNA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka przez Salę Zabaw „FANTAZJA” wyłącznie w celu zapewnienia opieki doraźnej oraz realizacji niniejszej usługi, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO). Administratorem danych osobowych jest Sala Zabaw „FANTAZJA”. Dane nie będą udostępniane osobom trzecim, z wyjątkiem sytuacji wymaganych przepisami prawa. Mam prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego:

POTWIERDZENIE ODBIORU DZIECKA

Ja, niżej podpisany/a: legitymujący/a się dokumentem tożsamości nr:

..... potwierdzam odbiór dziecka:

w dniu o godz. Oświadczam, że nie wnoszę roszczeń wobec Sali Zabaw „FANTAZJA” w zakresie sprawowanej opieki doraźnej.

Czytelny podpis osoby odbierającej dziecko: