



Imię i nazwisko Dziecka:.....

Turnus od do

Oświadczenia i zgody – półkolonie w Hula Play

Organizatorem półkolonii w Hula Play jest sala zabaw i kawiarnia Hula Play prowadzona przez Vision Play Sp. z o.o., zarejestrowana pod adresem: ul. Potokowa 4, 54-105 Wrocław, KRS 0000979988, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 8943245423.

Dane osobowe Opiekuna i Dziecka:

Imię i nazwisko Opiekuna prawnego Dziecka	
Seria i nr dowodu tożsamości	
Nr telefonu	
Adres email	
Imię i nazwisko Dziecka	
Data urodzenia Dziecka	

I. Oświadczenia Opiekuna

Oświadczam, że:

1. podane przeze mnie podczas dokonywania rezerwacji informacje w Formularzu zgłoszenia uczestnika półkolonii w Hula Play są prawdziwe,
2. zapoznałem/am się z Regulaminem Hula Play i go akceptuję. Zobowiązuję się do jego przestrzegania i do zapoznania mojego Dziecka z tym Regulaminem,
3. rozumiem, że respektowanie przez moje Dziecko zasad opisanych w regulaminie Hula Play jest podstawą dla zapewnienia bezpieczeństwa, zdrowia i życia osób przebywających na półkoloniach,
4. moje Dziecko nie posiada objawów zdrowotnych stanowiących przeciwwskazanie do wzięcia udziału w półkolonii, a także, że poziom umiejętności społecznych Dziecka jest wystarczający do uczestniczenia w zajęciach grupowych,
5. że moje Dziecko nie ma infekcji ani objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną, ani nie zamieszkiwało z osobą przebywającą w izolacji w warunkach domowych i nie miało kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie chorobą w okresie 10 dni przed rozpoczęciem półkolonii,



Imię i nazwisko Dziecka:.....

Turnus od do

6. w przypadku wystąpienia objawów choroby u mojego Dziecka bezzwłocznie odbiorę je z sali zabaw,
7. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w celu niezbędnym do realizacji półkolonii. Twoimi danymi oraz danymi Dziecka administrujemy My – Hula Play Sp. Z o.o. z siedzibą we Wrocławiu ul. Potokowa 4, 54-105 Wrocław, NIP: 8943190596. Warunki przetwarzania danych osobowych określa Polityka Prywatności dostępna na stronie www.hulaplay.pl

Imię i nazwisko Opiekuna prawnego Dziecka

.....

(data i czytelny podpis Opiekuna prawnego)

II. Zgody na przetwarzanie danych

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć mojego Dziecka biorącego udział w półkoloniach. Zdjęcia będą wykorzystane przez Hula Play w celach promocji na Facebook Hula Play i na stronie www.hulaplay.pl . Oświadczam, że zgadzam się na użycie tych zdjęć nieodpłatnie i bezterminowo.		☐ TAK	☐ NIE
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu marketingu produktów i usług Hula Play drogą elektroniczną (np. promocje, nowe oferty, badania satysfakcji) w następujący sposób:			
adres email		☐ TAK	☐ NIE
telefonicznie		☐ TAK	☐ NIE
SMS		☐ TAK	☐ NIE
Powyższe zgody wyrażam dobrowolnie. Wiem, że mam prawo w każdej chwili je wycofać pisząc na adres kontakt@hulaplay.pl lub składając takie oświadczenie bezpośrednio w sali zabaw Hula Play. Zapoznałam/em się z Polityką Prywatności dostępną na stronie www.hulaplay.pl			
Data	Czytelny podpis Opiekuna prawnego		



Imię i nazwisko Dziecka:.....

Turnus od do

III. Zgody i upoważnienia

1. Zgoda na korzystanie z publicznych środków transportu

Wyrażam zgodę na przewożenie mojego Dziecka publicznymi środkami transportu do miejsc przeznaczonych na zabawę lub zwiedzanie w ramach programu turnusu półkolonii.		☐ TAK	☐ NIE
Data	Czytelny podpis Opiekuna prawnego		

2. Zgoda na samodzielnie przychodzenie na półkolonie i wychodzenie z półkolonii

Wyrażam zgodę na samodzielnie (bez opieki mojej lub innej upoważnionej osoby pełnoletniej) przychodzenie i samodzielnie wychodzenie mojego Dziecka z sali zabaw Hula Play po zakończeniu dnia w ramach turnusu półkolonii.		☐ TAK	☐ NIE
Termin półkolonii: od do			
Data	Czytelny podpis Opiekuna prawnego		

3. Zgoda na interwencję medyczną

Wyrażam zgodę na wezwanie specjalistycznej opieki medycznej (pogotowie medyczne, lekarza pediatrę) w sytuacji dotyczącej niepokojącego stanu zdrowia mojego Dziecka.		☐ TAK	☐ NIE
Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne oraz zabiegi diagnostyczne wykonywane przez uprawnionych pracowników jednostki medycznej w sytuacji dotyczącej niepokojącego stanu zdrowia mojego Dziecka.		☐ TAK	☐ NIE
Data	Czytelny podpis Opiekuna prawnego		



Imię i nazwisko Dziecka:.....

Turnus od do

4. Upoważnienie do odbioru Dziecka z półkolonii

Upoważniam wskazane poniżej osoby pełnoletnie do odbioru mojego Dziecka z półkolonii w terminie od do			
Imię i nazwisko	Seria i nr dowodu osobistego	Nr telefonu	Stopień pokrewieństwa
Data	Czytelny podpis Opiekuna prawnego		