

Nyilatkozatok nyári napközis táborozáshoz 2021

Gyermek neve:	
Taj kártya száma:	
A gyermek születési dátuma:	
A gyermek lakcíme:	
A gyermek anyjának neve :	

Nyilatkozat arról, hogy a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

- Láz
- Torokfájás
- Hányás
- Hasmenés
- Bőrkiütés
- Sárgaság
- Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
- Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
- a gyermek tetű- és rühmentes

Továbbá nyilatkozom, hogy:

- nincsenek légúti vírusfertőzésre utaló tünetei,
- testhőmérséklete megfelelő,
- gyermekemnek nem volt pozitív COVID-19 tesztje,
- nincs a családban vagy környezetemben COVID-19 pozitív beteg;
- gyermekem nem áll járványügyi megfigyelés alatt.

Vállalom, hogy gyermekem ugyanazokkal az edzőpartnerekkel végezze az edzéseket a járványügyi intézkedések feloldásáig.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

Neve:	
lakcíme:	
Telefonos elérhetősége:	
E-mail-címe:	
A nyilatkozat kiállításának dátuma:	
Törvényes képviselő aláírása:	



Telefon.: 30 471 81 90
www.acrofighters.hu
acrofighters@gmail.com

ADATKEZELÉSI ÉS HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Alulírott (gondviselő adatai)

Teljes név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Levelezési cím (magyarországi tartózkodási hely):

.....

Telefon (vezetékes):

Telefon (mobil):

E-mail cím:

mint..... nevű gyermekem szülője

Gyermek adatai:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy gyermekem törvényes képviselőjeként járhatok el a AcroFighters Szabadidő Sportegyesület által szervezett táborokkal kapcsolatos ügyintézés során.

Amennyiben gyermekem másik szülőjével nem áll fenn házassági jogviszony, kijelentem, hogy az alább megjelölt bírósági végzés alapján a felügyeleti jogom fennáll.

Kijelentem, hogy hozzájárulok gyermekem egészségügyi és személyes adatainak kezeléséhez, abból a célból, hogy gyermekem az Adatkezelő által szervezett Nyári Napközis Táborban részt vehessen. Az Adatkezelő az általam megadott hozzájárulás alapján az alábbi adatokat kezeli: - TAJ szám, - ételallergia, - tartós betegség, - gyógyszerhasználat.

Kelt: Budapest, 2021.

.....

aláírás



Telefon.: 30 471 81 90
www.acrofighters.hu
acrofighters@gmail.com

SZÜLŐI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT FÉNYKÉP- ÉS VIDEÓFELVÉTEL KÉSZÍTÉSÉHEZ ÉS FELHASZNÁLÁSÁHOZ

1. Mint a gyermek törvényes képviselője tudomásul veszem, hogy az AcroFighters Szabadidő Sportegyesület által szervezett táborokban, eseményeken, versenyeken, edzéseken fényképfelvétel, illetve hang és videofelvétel készülhet.
2. Jelen nyilatkozat aláírásával előzetesen

hozzájárulok

, hogy a gyermekemről az egyesületi (AcroFighters Szabadidő Sportegyesület) tevékenységgel összefüggő eseményen, valamint edzésen kívüli rendezvényen fényképfelvétel, illetve hang és videofelvétel készüljön.

3. Az egyesület népszerűsítése érdekében a gyermekemről készült fényképfelvétel, illetve hang és videofelvétel a nyilvánosság számára hozzáférhető egyesület internetes honlapjára, facebook oldalára, illetve instagram, youtube oldalára való feltöltéséhez, illetve a nyomtatott kiadványokban való megjelentetéséhez, valamint az ennek során megvalósuló adatkezeléshez, és tároláshoz

hozzájárulok

SZÜLŐI FELELŐSSÉGVÁLLALÁSI NYILATKOZAT

MINT A GYERMEKEM TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJE KIJELENTEM,
hogy az AcroFighters Szabadidő Sportegyesület edzésein gyermekem részt kíván venni.

Továbbá kijelentem, hogy a vonatkozó házirendet megismertem, azt tudomásul veszem, a házirendet betartom.

Mivel a sport jellegéből adódóan történhetnek balesetek, tudomásul veszem, hogy az Edzéseken való részvétel során *balesetből eredő felelősséget és kártérítési felelősséget az Edzést szervező szervezet kizárja.*

Kelt, _____ 20 ____ év _____ hó _____ nap

aláírás