

FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH MEDYCZNYCH DZIECKA

Dane dziecka

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia: _____

Pesel lub nr paszportu: _____

Dane rodzica / opiekuna prawnego

Imię i nazwisko: _____

Telefon kontaktowy: _____

E-mail: _____

Zgoda na przetwarzanie danych medycznych

☐ Tak, wyrażam zgodę

☐ Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie danych medycznych mojego dziecka przez Klub Sportowy „Łużyce Lubań”, obejmujących w szczególności informacje dotyczące zdrowia mające wpływ na możliwość uczestnictwa w zajęciach sportowych (np. kontuzje, alergie, przeciwwskazania lekarskie), a także informacje niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa podczas treningów, zawodów i wyjazdów.

Zakres i zasady przetwarzania

1. Dane medyczne będą przetwarzane wyłącznie przez osoby upoważnione i tylko w minimalnym zakresie niezbędnym do zapewnienia bezpieczeństwa dziecka.
2. Wycofanie zgody nie wpływa na legalność przetwarzania, które miało miejsce przed jej wycofaniem.

Prawa rodzica / opiekuna prawnego

Rodzic lub opiekun prawny ma prawo do: dostępu do danych dziecka, ich poprawiania, ograniczenia przetwarzania, żądania usunięcia danych oraz wycofania zgody w dowolnym momencie.

Data: _____

Podpis rodzica/opiekuna: _____