



## Zgoda rodziców na udział dziecka w zajęciach na basenie w Puckim Centrum Medycznym

Dane prosimy wpisać dużymi, drukowanymi literami

Nazwisko: .....

Imię: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

### OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach nauki pływania/rehabilitacji\* w wodzie w Puckim Centrum Medycznym.
2. Oświadczam, że dziecko jest zdrowe i nie ma żadnych przeciwwskazań do korzystania z takiej formy zajęć.
3. Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu pływalni.
4. Zobowiązuję się do zapewnienia opieki mojemu dziecku w drodze na zajęcia oraz w czasie powrotu z zajęć lub zgadzam się na samodzielny powrót dziecka z pływalni Puckiego Centrum Medycznego przy ul. Wojska Polskiego 22, 84-100 Puck.
5. W przypadku uczestnictwa mojego dziecka w lekcjach pływania zobowiązuje się do ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku i danych osobowych mojego dziecka w celu realizacji usługi kursu Nauka pływania.
7. Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę/y na przetwarzanie wizerunku mojego dziecka w celach marketingowych oraz budowania pozytywnego wizerunku firmy na rynku.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis Rodzica lub Opiekuna prawnego

\*niepotrzebne skreślić