

ZAJĘCIA POZALEKCYJNE SOWARD SMART KIDS

Dane osobowe uczestnika:

Nazwisko:

Pierwsze imię: Drugie imię:

Data urodzenia (rok, miesiąc, dzień): - -

Dane teleadresowe:

Adres:	
Telefony:	
Adresy e-mail:	

Dane osobowe rodziców/prawnych opiekunów:

Nazwisko Matki/opiekuna:

Pierwsze imię: Drugie imię:

Nazwisko ojca/opiekuna:

Pierwsze imię: Drugie imię:

Inne informacje o dziecku (alergie/niepełnosprawność/inne):

.....

.....

Dane osób upoważnionych do odbioru dziecka

1. IMIĘ /NAZWISKO.....PESEL.....
2. IMIĘ /NAZWISKO.....PESEL.....
3. IMIĘ /NAZWISKO.....PESEL.....

1. Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie informacji dotyczących moich danych osobowych zawartych w Kwestionariuszu osobowym dla potrzeb niezbędnych do rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97r o ochronie danych osobowych. Dziennik Ustaw Nr 133 Poz. 883). Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a każdy ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawienia lub usunięcia. Administratorem danych osobowych są Fundacja Soward-Kolorowa Edukacja oraz Grupa Edukacyjna Soward SP. Z O.O. SP. KOM. NIP: 9492240788 ul. Drogowców 33/ 35, 42-202 Częstochowa oraz Fundacja Soward Kolorowa Edukacja NIP 5732850491 ul. Kolarska 10G, 42-221 Częstochowa oraz partnerzy biznesowi, wyłącznie w celu realizacji umowy franczyzowej dot. kursu Soward Skills, Brainy Se, Brainy Abacus lub innych kursów oferowanych przez Grupę Edukacyjną Soward i Fundację Soward Kolorowa Edukacja.
2. Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć i kręcenie filmów z udziałem mojego dziecka, a następnie ich wykorzystanie do celów promocyjnych. Powstałe podczas zajęć materiały multimedialne będą w pierwszej kolejności udostępnione Rodzicom dzieci.
3. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem zajęć Soward Smart Kids.
4. Stwierdzam, że podałem/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki.
5. Oświadczam, iż zgłoszony Uczestnik jest zdrowy i nie ma żadnych przeciwwskazań do udziału w zajęciach.

Poprawność powyższych danych potwierdzam:

Częstochowa, dnia.....20..... roku

.....
podpis rodziców/ opiekunów