



ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO na udział dziecka w zajęciach Viventra Academy

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Ja, niżej podpisany/a, jako rodzic / opiekun prawny wskazanego powyżej dziecka, **wyrażam zgodę na jego udział w zajęciach z akrobatyki sportowej, organizowanych przez Viventra Academy.**

Oświadczam, że zgodnie z moją aktualną wiedzą stan zdrowia dziecka pozwala na udział w zajęciach oraz że nie są mi znane przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające bezpieczne uczestnictwo dziecka w treningach. Zobowiązuję się poinformować Viventra Academy lub instruktora prowadzącego zajęcia o chorobach, urazach, alergiach, ograniczeniach zdrowotnych lub innych okolicznościach, które mogą mieć znaczenie dla bezpieczeństwa dziecka podczas zajęć.

Istotne informacje dotyczące zdrowia dziecka, o których powinien wiedzieć instruktor:

.....

Przyjmuję do wiadomości, że akrobatyka jest formą aktywności fizycznej i pomimo zachowania zasad bezpieczeństwa może wiązać się z ryzykiem wystąpienia urazów charakterystycznych dla aktywności sportowej.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Regulaminem Viventra Academy, Standardami Ochrony Małoletnich oraz klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych**, dostępnymi na stronie internetowej Viventra Academy.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do poinformowania Viventra Academy o istotnych zmianach dotyczących w szczególności stanu zdrowia dziecka oraz danych kontaktowych.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego: