

WNIOSEK UCZESTNICTWA NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM

W ŚWIĘTOKRZYSKIM CENTRUM REHABILITACYJNYM

„ZŁOTA RYBKA”

Nazwisko i imię dziecka	
Data i miejsce urodzenia	
Nazwisko i imię opiekuna	
Miejsce zameldowania	
Miejsce zamieszkania (wypełnić jeśli jest inne niż miejsce zameldowania)	
Dane kontaktowe: <ul style="list-style-type: none">• e-mail• telefon	
Termin turnusu	
Rozpoznanie	
Dieta (zalecenia, wymagania odnośnie diety)	
Przeciwwskazania do udziału w zajęciach: <ul style="list-style-type: none">• hipoterapii• dogoterapii	TAK* NIE* TAK* NIE*
Inne ważne informacje o dziecku	
Uwagi/ pytania	

*niepotrzebne skreślić

Jestem świadomy, iż w trakcie trwania turnusu opiekę nad pacjentem sprawuje opiekun. Ośrodek ponosi odpowiedzialność za pacjenta tylko podczas trwania zabiegów.

.....
data

.....
czytelny podpis opiekuna

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji Złota Rybka, akceptuję go i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
data

.....
czytelny podpis opiekuna

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku dziecka i mojego wizerunku w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych związanych z funkcjonowaniem i promocją Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji Złota Rybka.

.....
data

.....
czytelny podpis opiekuna

INFORMACJA O DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 24 ust. 1 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dn 29 sierpnia 1997r. (tekst jednolity: Dz. U. 2002r. Nr 101 poz. 926) przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, że:

- administratorem danych jest Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji Złota Rybka (adres);
- dane będą przetwarzane wyłącznie w celach związanych z organizacją procesu rehabilitacji;
- dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa;
- przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania;
- dane kontaktowe będą przetwarzane wyłącznie w celu szybkiego kontaktu z rodzicem lub opiekunem dziecka w nagłych okolicznościach;
- dane dot. wizerunku dziecka i opiekuna będą wykorzystywane wyłącznie w publikacjach papierowych i elektronicznych, w tym internetowych, związanych z funkcjonowaniem i promocją Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji Złota Rybka;
- dane podaję wyrażając zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z celem podanym powyżej.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji zawartych we wniosku i złożonych oświadczeniach.

.....
data

.....
czytelny podpis opiekuna

