

**2. sled, 11.2. 2025 – 27. 5. 2025**

**název plaveckého kurzu:**.....

Jméno dítěte: ..... datum nar.....

Adresa trvalého bydliště:.....

Tel. zákonného zástupce:..... e-mailová adresa:.....

Zamešká – li dítě **5 nebo více po sobě jdoucích hodin**, má rodič nárok po předložení lékařského potvrzení na náhradu zameškaných lekcí. Při opakovaném porušování kázně si instruktor vyhrazuje právo na vyloučení účastníka z kurzu bez jakékoliv náhrady

**Potvrzení o zdravotním stavu dítěte**

Potvrzují, že můj syn/dcera/ je zdravý/á/, netrpí přenosnými infekčními chorobami /bradavice, opary.../ a může se zúčastnit kurzu plavání. Pokud se vyskytnou určitá zdravotní omezení (silné astma, epilepsie, srdeční odchylky, silné alergické reakce, a jiné faktory), které mohou ovlivnit plaveckou výuku, prosím slovy vypíšte.....

**Zpracování osobních údajů: Zakroužkujte prosím zvolenou odpověď:**

Souhlasím se zveřejňováním fotografií svého dítěte na webových stránkách a facebooku bazénu: (<http://www.sporthorice.cz/plavecke-krouzky/>) v rámci propagace a fotodokumentace kroužků.

**ANO NE**

Souhlasím s posíláním plaveckých novinek na Vámi uvedenou e-mailovou adresu **ANO NE**

Veškeré poskytnuté osobní údaje budou použity pouze pro potřebu v souvislosti s konáním kurzů, nebudou poskytnuty třetím osobám a budou následně skartovány maximálně 1 rok po ukončení kurzu.

Svým podpisem stvrzuji pravdivost výše uvedených údajů a jsem si vědom (a)právních následků při zamlčení skutečnosti.

Datum:.....

Podpis zákonného zástupce:.....

**2. sled, 11. 2. 2024 – 27. 5. 2025**

**název plaveckého kurzu:**.....

Jméno dítěte: ..... datum nar.....

Adresa trvalého bydliště:.....

Tel. zákonného zástupce:..... e-mailová adresa:.....

Zamešká – li dítě **5 nebo více po sobě jdoucích hodin**, má rodič nárok po předložení lékařského potvrzení na náhradu zameškaných lekcí. Při opakovaném porušování kázně si instruktor vyhrazuje právo na vyloučení účastníka z kurzu bez jakékoliv náhrady

**Potvrzení o zdravotním stavu dítěte**

Potvrzují, že můj syn/dcera/ je zdravý/á/, netrpí přenosnými infekčními chorobami /bradavice, opary.../ a může se zúčastnit kurzu plavání. Pokud se vyskytnou určitá zdravotní omezení (silné astma, epilepsie, srdeční odchylky, silné alergické reakce, a jiné faktory), které mohou ovlivnit plaveckou výuku, prosím slovy vypíšte.....

**Zpracování osobních údajů: Zakroužkujte prosím zvolenou odpověď:**

Souhlasím se zveřejňováním fotografií svého dítěte na webových stránkách a facebooku bazénu: (<http://www.sporthorice.cz/plavecke-krouzky/>) v rámci propagace a fotodokumentace kroužků.

**ANO NE**

Souhlasím s posíláním plaveckých novinek na Vámi uvedenou e-mailovou adresu **ANO NE**

Veškeré poskytnuté osobní údaje budou použity pouze pro potřebu v souvislosti s konáním kurzů, nebudou poskytnuty třetím osobám a budou následně skartovány maximálně 1 rok po ukončení kurzu.

Svým podpisem stvrzuji pravdivost výše uvedených údajů a jsem si vědom (a)právních následků při zamlčení skutečnosti.

Datum:.....

Podpis zákonného zástupce:.....