OŚWIADCZENIA KLUB FIKOŁKI / SALA BAJKOWY LABIRYNT

***właściwe zakreślić**

Imię i nazwisko Klienta		**☐ Rodzic* ,** **☐ Opiekun prawny***	**☐ Opiekun *** **☐ Inny***
Nr PESEL / eria i numer dokumentu tożsamości Klienta		**☐ Dowód osobisty***	**☐ Paszport***
Nr telefonu			
Adres email			
Imię i nazwisko Dziecka / Dzieci			
Wiek Dziecka / Dzieci			

Część 1 Oświadczam że:

1. jestem pełnoprawnym opiekunem wyżej wskazanego Dziecka;
2. zapoznałem/am się z **Regulaminem Spółki Family Benefits S.A.** z siedzibą w Warszawie (02-972), Aleja Rzeczypospolitej 14 lok 2.7/2, NIP 9512359453, REGON: 146274187, wpisanej do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0001173551, o kapitale zakładowym w wysokości 2.000.160 zł (dalej Spółka), w całości wpłaconym **(dawniej Sal Zabaw Fikołki sp. z o.o.) i jego załącznikami** w tym **Regulaminem Ścianki Wspinaczkowej**, odpowiednio do usług, z jakich Dziecko będzie korzystało – wyrażam zgodę na warunki korzystania z usług świadczonych przez Spółkę, zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz do przekazania treści obu wyżej wymienionemu regulaminów Dziecku, w sposób dla niego zrozumiały.
3. rozumiem i akceptuję fakt, że bez względu na stworzony system bezpieczeństwa, ostatecznie indywidualne działania i interakcje tych działań decydują o bezpieczeństwie osobistym oraz bezpieczeństwie osób trzecich. Mam pełną świadomość, że zrozumienie i respektowanie zasad bezpieczeństwa ma fundamentalne znaczenie dla bezpieczeństwa, zdrowia i życia osób przebywających.
4. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia wyżej wymienionego/-ych Dziecka/ Dzieci, zgadzam się na podjęcie czynności ratujących jego zdrowie lub życie oraz zapewniam, że nie ma przeciwskazań zdrowotnych do pozostawienia mojego Dziecka/ Dzieci w Klubie FIKOŁKI / Sali Bajkowy Labirynt.
5. Spółka, jak również jej personel nie ponoszą odpowiedzialności za zdarzenia, w tym wypadki, wywołane nieprzestrzeganiem Regulaminu Ścianki Wspinaczkowej.
6. **Zdaję sobie sprawę, iż w przypadku niestosowania się do zasad bezpieczeństwa wspinaczka może być sportem niebezpiecznym i istnieje ryzyko ewentualnego nieszczęśliwego wypadku.**
7. **Z**ostałem/am poinformowany/a, że w celach bezpieczeństwa obiekt jest monitorowany wizyjnie, a zapis monitoringu przechowywany jest przez 30 dni. Okres przechowywania może zostać wydłużony w uzasadnionych przypadkach
8. W przypadku wskazania osób uprawnionych do odbioru Dziecka, przekażę im informację dotyczącą przetwarzania ich danych osobowych przez Spółkę, zawartą w części 3 poniżej.

.....

Data i odpis Klienta

Część 2 Zgody:

KONTO KLIENTA Wyrażam zgodę na założenie konta Klienta	**☐ TAK***	**☐ NIE***
INFORMACJE MARKETINGOWE Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej dotyczącej produktów i usług drogą elektroniczną (np. oferty, promocje, badania satysfakcji, newsletter i inne) oraz produktów i usług przygotowywanych wspólnie z kontrahentami Family Benefits S.A. w następujący sposób:		
na podany adres poczty elektronicznej / email	**☐ TAK***	**☐ NIE***
na podany numer telefonu – w formie połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna)	**☐ TAK***	**☐ NIE***
na podany numer telefonu – w formie wiadomości SMS/MMS	**☐ TAK***	**☐ NIE***
Zgód powyżej udzielam dobrowolnie. Wiem, że każdej chwili mogę wycofać tę zgodę pisząc na adres e-mail: iodo@fikolki.pl lub na adres siedziby Family Benefits S.A.		
Podpis Klienta	*data*	

Część 3 Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przedstawioną poniżej Informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez Family Benefits S.A.

.....

Data i podpis Klienta

1. **Informacja o przetwarzaniu danych osobowych osób korzystających z Klubu Fikołki prowadzonych przez Family Benefits S.A.**
2. Administratorem Danych Osobowych jest Family Benefits S.A. (dawniej Sale Zabaw Fikołki Sp. z o.o.), z siedzibą w Warszawie (02-792), Aleja Rzeczypospolitej 14 lok 2.7/2, NIP 9512359453, REGON: 146274187, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0001173551, o kapitale zakładowym w wysokości 2.000.160 zł, w całości wpłaconym (dalej: „Spółka").
3. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można się kontaktować się ze Spółką pisemnie na wskazany wyżej adres z dopiskiem „Dane osobowe" lub na adres e-mail: iodo@fikolki.pl
4. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można kontaktować się pod adresem pocztowym Spółki lub adresem poczty elektronicznej - iodo@fikolki.pl Dane osobowe Klienta i Dziecka przetwarzane są na następującej podstawie:

a. art. 6 ust. 1 lit. b) RODO - zawarcie i wykonanie umowy na realizowanie usług dostępnych w Klubie FIKOŁKI,

b. art. 6 ust. 1 lit. c) RODO - w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze,

c. art. 6 ust. 1 lit. f) RODO - w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów Administratora, tj. dla zapewnienia bezpieczeństwa, raportowania wewnętrznego, ustalania i dochodzenia roszczeń, oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług, możliwości skorzystania ze zgód innego rodzaju (np. zgody na rozpowszechnianie wizerunku),

d. art. 6 ust. 1 lit. a) RODO - Pana/i zgody, w pozostałych celach dla których przetwarzamy dane osobowe.
5. Przetwarzane są następujące dane osobowe:
6. Klienta: imię i nazwisko, numer telefonu, adres email, numer PESEL, seria i numer dokumentu tożsamości, podpis,
7. Dziecka: imię i nazwisko, wiek, a w przypadku udzielenia dodatkowej zgody również wizerunek,
8. Osób upoważnionych do odbioru Dziecka: imię i nazwisko, numer PESEL, seria i numer dokumentu tożsamości, numer telefonu.
9. W oparciu o przetwarzane dane osobowe nie następuje zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.
10. Dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, dla których zostały zebrane i w których są przetwarzane, przy tym nie dłużej niż przez okres i w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla realizacji uzasadnionych interesów Administratora. Jeśli podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi Pana/i / zgoda, dane będą przechowywane do zakończenia realizacji celu, którego zgoda dotyczyła, ale nie dłużej, niż do cofnięcia zgody (którą można wycofać kontaktując się przy wykorzystaniu danych wskazanych w pkt 2);
11. Spółka może udostępniać podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom przetwarzającym Pana/i dane osobowe w imieniu Spółki, tj. firmom (podwykonawcom) świadczącym na rzecz Spółki określone usługi, z których wykonaniem wiąże się przetwarzanie danych osobowych. Spółka ma podpisane z nimi umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych.
12. Osobom, których dane są przetwarzane przez Spółkę przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, poprawiania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
13. W każdym przypadku, w którym uzna Pan/i , że przetwarzanie Pana/i danych osobowych narusza przepisy RODO, ma Pan/i prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
14. Podanie przez Pana/ią danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości realizacji celów, dla których dane osobowe będą przetwarzane, w tym świadczenia usług przez Spółkę.

.....
Data i podpis Klienta

Część 4 Zgoda na wykorzystanie wizerunku

Ja niżej podpisana /podpisany działając jako rodzic / opiekun prawny dziecka ..... (dalej: „Dziecko")
(imię i nazwisko dziecka)

zwanego dalej „Dzieckiem", oświadczam, co następuje:

I. wyrażam zgodę dla Family Benefits S.A. KRS 0000435717, NIP 9512359453, (dalej: „Spółka") na utrwalanie w formie wideo i zdjęć wizerunku Dziecka podczas zajęć organizowanych przez Spółkę lub podczas korzystania z innych usług świadczonych przez Spółkę.

II. Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku Dziecka utrwalonego podczas zajęć organizowanych przez Spółkę oraz świadczenia przez Spółkę pozostałych Usług w celu promocji i reklamy zajęć, a także promocji i reklamy innych przedsięwzięć Spółki.

III. zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie, w szczególności nie wymaga każdorazowo zatwierdzania przeze mnie oraz akceptacji dzieła końcowego przygotowanego przez Spółkę.

IV. Zgoda obejmuje rozpowszechnianie wizerunku w sieci Internet, w tym w kanałach social media w formie zdjęć i wideo, jak również rozpowszechnianie wizerunku w innego rodzaju materiałach reklamowych, marketingowych lub informacyjnych, takich jak broszury, ulotki, plakaty, nagrania telewizyjne oraz radiowe.

VI. Spółka ma prawo do zmian typu kadrowanie i łączenie z innymi zdjęciami i materiałami wideo.

VII. zdaję sobie sprawę, że wyrażenie zgody na rozpowszechnianie wizerunku Dziecka jest równoznaczne z przetwarzaniem danych osobowych Dziecka w zakresie imienia, nazwiska oraz wizerunku przez Spółkę, jak również moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska oraz podpisu. Przetwarzanie tych danych osobowych jest oparte o art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. uzasadniony interes Spółki polegający na możliwości faktycznego wykorzystania zgody udzielonej na rozpowszechnianie wizerunku Dziecka, jak również na udokumentowania faktu pozyskania zgody.

VIII. zapoznałam / zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą Część 3 dokumentu i zrozumiałem(am) przedstawione tam informacje.

.....
własnoręczny podpis

Część 5 ZGODA NA KORZYSTANIE Z PUBLICZNYCH ŚRODKÓW TRANSPORTU

Czy wyraża Pan/i zgodę na przewożenie Uczestnika Półkolonii publicznymi środkami transportu do miejsc przeznaczonych na zabawę, zwiedzanie lub poszerzanie wiedzy przyrodniczej.	☐ **TAK***	☐ **NIE***
Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego / Opiekuna	*Data*	

Część 6 UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU UCZESTNIKA PÓŁKOLONII z Klubu Fikołki / Sali Bajkowy Labirynt

Upoważniam osoby poniżej do odbioru Uczestnika Półkolonii z Klubu Fikołki / Sali Bajkowy Labirynt			
Imię i nazwisko	Seria i numer dokumentu tożsamości	Numer telefonu	Stopień pokrewieństwa
Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego / Opiekuna			*Data, godzina*

Część 7 ZGODA NA SAMODZIELNE PRZYCHODZENIE NA PÓŁKOLONIE / WYCHODZENIE Z PÓŁKOLONII

Wyrażam zgodę na samodzielne (tj. bez opieki osoby pełnoletniej) przychodzenie i samodzielnie wychodzenie Dziecka (Uczestnika Półkolonii z Klubu Fikołki / Sali Bajkowy Labirynt po zakończeniu dnia w ramach Półkolonii w okresie: od .....do.....	
Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego / Opiekuna	*Data, godzina*

Część 8 ZGODA NA INTERWENCJĘ MEDYCZNĄ

W sytuacjach niepokojących dotyczących stanu zdrowia Uczestnika Półkolonii - czy wyraża Pan/i zgodę na wezwanie specjalistycznej opieki medycznej?	☐ **TAK***	☐ **NIE***
Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego stawienia się i odebrania Uczestnika Półkolonii z Klubu Fikołki / Sali Bajkowy Labirynt nie później niż w ciągu 1 godziny od zawiadomienia mnie o jego niepokojącym stanie zdrowia.		
W sytuacji zagrożenia zdrowia i życia Uczestnika Półkolonii - czy wyraża Pan/i zgodę na zabiegi diagnostyczne* oraz leczenie szpitalne*?	☐ **TAK***	☐ **NIE***
Przyjmuję do wiadomości, że w sytuacji stanowiącej w ocenie Pracownika Klubu Fikołki / Sali Bajkowy Labirynt zagrożenie dla zdrowia i życia Uczestnika Półkolonii, pod nieobecność Rodzica / Opiekuna prawnego / Opiekuna - Pracownik Klubu Fikołki / Sali Bajkowy Labirynt ma prawo wezwać pomoc medyczną / pogotowie.		
Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego / Opiekuna	*Data*	

Część 9 OŚWIADCZENIE O PRZYJMOWANIU LEKU PRZEZ UCZESTNIKA PÓŁKOLONII

Oświadczam, że istnieje potrzeba przyjmowania leku przez moje Dziecko / Uczestnika Półkolonii, zgodnie z poniższymi informacjami: **Zalecenia lekarskie - jak przyjmować lek:**			
Nazwa leku		**Nazwa schorzenia**	
Częstotliwość		**Dawka**	
Opis sposobu podania (np. lek wziewny, tabletka do połknięcia, tabletka do rozpuszczenia, syrop w trakcie / po posiłku)			
Możliwe skutki uboczne			
Sposób postępowania przy wystąpieniu skutków ubocznych			
Oświadczam, że stan zdrowia mojego Dziecka / Uczestnika Półkolonii jest stabilny i według mej wiedzy, nie stanowi potencjalnego źródła zakażenia dla innych Dzieci przebywających w Klubu Fikołki / Sali Bajkowy Labirynt. Oświadczam, że lek w oryginalnym opakowaniu wraz z ulotką informacyjną przekażę wychowawcy Półkolonii lub kierownikowi Klubu Fikołki / Sali Bajkowy Labirynt Proszę, aby Pracownik Klubu Fikołki / Sali Bajkowy Labirynt **przypomniał mojemu Dziecku** o konieczności zażycia leku.			
Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego / Opiekuna		*Data*	