

# OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE MAŁOLETNIEGO UCZESTNIKA STREFY KIDSZONE - POLCON 2019 W WIEKU 4-10 LAT

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem rodzicem/prawnym opiekunem\* małoletniego:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

I oświadczam jednocześnie, że:

1. Wyrażam zgodę na pobyt małoletniego w strefie KIDSzone;
2. Ponoszę wszelką odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez małoletniego;
3. Małoletni pozostaje pod opieką osób odpowiedzialnych za strefę KIDSzone oraz zobowiązuje się w razie potrzeby, potwierdzonej telefonem, odebrać małoletniego ze strefy.

Oświadczam jednocześnie, że znana mi jest treść Regulaminu imprezy POLCON 2019 i Regulaminu strefy KIDSzone.

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Administratorem podanych w niniejszym oświadczeniu danych osobowych jest POLCON 2019. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych podanych w niniejszym oświadczeniu jest prawnie uzasadniony interes realizowany przez Administratora. Prawnie uzasadniony interes Administratora polega na przetwarzaniu danych osobowych w celu potwierdzenia udziału małoletniego w strefie KIDSzone zgodnie z Regulaminem strefy KIDSzone i obowiązującym prawem. Dane osobowe mogą być przekazywane wyłącznie podmiotom je przetwarzającym na zlecenie Administratora. Dane osobowe przechowywane są przez okres, w którym mogą się ujawnić roszczenia wynikające ze złożenia niniejszego oświadczenia, tj. do upływu okresu przedawnienia takich roszczeń. Przysługuje Ci prawo dostępu do treści Twoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, a także do żądania przeniesienia tych danych do innego administratora zgodnie z obowiązującymi przepisami. Podanie powyższych danych osobowych jest warunkiem wyrażenia przez Administratora zgody na udział małoletniego w strefie KIDSzone. Brak podania danych uniemożliwia udział małoletniego w strefie KIDSzone. Możesz też w dowolnym momencie wnieść uzasadniony sprzeciw wobec przetwarzania swoich danych osobowych.

Białystok, dnia.....

..... czytelny podpis.....

..... podpis przyjmującego.....

\* -niepotrzebne skreślić