

SÚHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU S ÚČASŤOU NA PODUJATÍ A NA EVIDOVANIE A SPRACÚVANIE
OSOBNÝCH ÚDAJOV MALOLETEJ OSOBY

POTVRDENIE O BEZINFEKČNOSTI

Podujatie organizované: Firesz – Duna Menté

Názov podujatia: Élménynap – Party szoba / Dobrodružný deň

Miesto podujatia: Komárno

Dátum a trvanie podujatia: 01.06.2024, 09:00-16:30

1) ÚDAJE ÚČASTNÍKA PODUJATIA:

Meno a priezvisko účastníka	
Dátum narodenia účastníka	
Adresa trvalého bydliska	
Emailová adresa	
Telefónne číslo	
Meno a priezvisko zákonného zástupcu (pre osoby mladšie ako 18 rokov)	
E-mailová adresa zákonného zástupcu (pre osoby mladšie ako 18 rokov)	
Telefónne číslo zákonného zástupcu (pre osoby mladšie ako 18 rokov)	

2) ÚČASŤ NA PODUJATÍ

Svojím podpisom potvrdzujem, že ako zákonný zástupca súhlasím s tým, aby sa

..... (meno dieťaťa) zúčastnil/-a na vyššie uvedenom

podujatí organizovanou vyššie uvedenou organizáciou.

3) POTVRDENIE O BEZINFEKČNOSTI

(potvrdenie nesmie byť staršie ako 1 deň pred nástupom do tábora)

Potvrdzujem, že hore menované dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia, a že regionálny úrad verejného zdravotníctva, ani lekár všeobecnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia, alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami,...).

Potvrdzujem, že moje dieťa nejaví príznaky infekcie COVID-19 (zvýšená teplota, kašeľ, dýchavičnosť) a v priebehu 14 dní pred odchodom neprišlo do styku s osobou chorou na infekčné ochorenie, alebo podozrivou z nákazy, a ani jemu, ani inému príslušníkovi rodiny, žijúcemu s ním v spoločnej domácnosti, nie je nariadené karanténne opatrenie.

Som si vedomý/á právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý/á, že by som sa dopustil/a priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

4) ĎALŠIE INFORMÁCIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

Liekové alergie, chronické ochorenia, intolerancie, iné dôležité informácie o zdraví	
Pravidelne užívané lieky	

5) OCHRANA CITLIVÝCH A OSOBNÝCH ÚDAJOV

a) Svojim podpisom potvrdzujem správnosť citlivých údajov v registračnom systéme a tie uvedené vyššie – informácie o zdravotnom stave: potravinové a liekové alergie, chronické ochorenia, intolerancie, iné dôležité informácie o zdraví; a informácie o príslušnosti k denominácii (nie povinný údaj). Obe v súlade s čl. 6 ods. 1 písm. d) a s čl. 9 ods. 2 písm. d) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov.

Zároveň súhlasím / nesúhlasím s evidenciou týchto citlivých údajov.

b) Svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil/-a s podmienkami ochrany osobných údajov v organizácii Zväz mladých reformovaných – Firesz publikovanými na <https://firesz.sk/firesz/altalanos-adatvedelmi-rendelet-gdpr-es-a-firesz/>, a súhlasím s nimi. V prípade zmeny osobných údajov sa zaväzujem osobne opraviť v registračnom systéme <https://reg.firesz.sk>.

c) Potvrdzujem, že som sa oboznámil/-a s podmienkami vyhotovenia a zverejnenia obrazových, zvukových, obrazovo-zvukových záznamov a zároveň súhlasím / nesúhlasím s nimi.

d) Súhlasím / Nesúhlasím s tým, aby organizácia Zväz mladých reformovaných – Firesz a jej členské organizácie používala e-mail a/alebo adresu na zasielanie informácií ohľadne registrácie v systéme a na podujatia, a dodatočné informácie ohľadne podujatí.

Dátum, miesto:

Meno zákonného zástupcu:

Podpis: