………(miejscowość)………, dn. …………………2020 r.

**ZGODA**

Ja, niżej podpisana (podpisany) ......................(imię, nazwisko).................................. legitymująca (legitymujący) się dokumentem tożsamości nr ...............(seria, numer).................... wyrażam zgodę na uczestnictwo …………………………(imię, nazwisko dziecka)……………….. w kursie adaptacyjnym połączonym z intensywnym wysiłkiem fizycznym dla osób zainteresowanych służbą kandydacką w AMW w terminie 25-29.05.2020 r. organizowanym w Akademii Marynarki Wojennej.

 ...................................... ………….....................................................................

 (data) podpis rodzica / opiekuna prawnego

**INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH) O UCZESTNIKU KURSU ADAPTACYJNEGO**

1. Imię i nazwisko uczestnika kursu ..........................................................................

2. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika kursu – rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, czy przyjmuje stałe leki itp.)

……………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Inne uwagi o zdrowiu uczestnika kursu

……………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4. Adres rodziców/opiekunów prawnych

………………………………………………………………………………………………...............................

5. Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów prawnych ....................................................................

**W razie zagrożenia życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.**

**Oświadczam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie kursu.**

...................................... ………….....................................................................

 (data) podpis rodzica / opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych powyżej oraz zawartych w karcie uczestnika, dla potrzeb niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika kursu adaptacyjnego (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

...................................... ………….....................................................................

 (data) podpis rodzica / opiekuna prawnego