

**ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ
WOLONTARYSTYCZNYCH PRZEZ DZIECKO**

Wrocław,09.2025

Wyrażam zgodę na udział mojego nieletniego dziecka/podopiecznego
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

na pracę wolontariacką podczas organizacji Biegu Uniwersytetu Medycznego edycja 2025 r. we Wrocławiu,
tj.: obsługa biur zawodów, wydawanie pakietów, pomoc na trasie, w miasteczku biegowym, inne.

Dane rodziców/opiekunów: Imię i nazwisko:

Adres:.....

..... Numer i seria dowodu osobistego: Telefon kontaktowy:

..... ☐

Jedyny opiekun dziecka* Imię i nazwisko:

Adres:.....

..... Numer i seria dowodu osobistego: Telefon kontaktowy:

.....

Przyjmuję do wiadomości, że administratorem danych osobowych moich i dziecka, dla którego jestem opiekunem prawnym jest organizator Biegu Uniwersytetu Medycznego edycja 2025 r. - Fundacja Biegaj dla Zdrowia. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO). Administratorem danych osobowych jest Fundacja Biegaj dla Zdrowia. Dane przetwarzane są w celu realizacji zadań statutowych organizatora Biegu Uniwersytetu Medycznego edycja 2025 r. - Fundacja Biegaj dla Zdrowia.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu do danych i prawie ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na publikację wizerunku (zdjęcia z biegu).

.....

.....

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna

*W przypadku istnienia jednego tylko prawnego opiekuna należy zaznaczyć „Jedyny opiekun dziecka”