

## KARTA UCZESTNIKA ZAJĘĆ OTWARTYCH W CKR 2017/18

Adres placówki:

Centrum Kultury Raszyn

Al. Krakowska 29A, 05-090 Raszyn

tel. (22) 102 99 90

Nazwa zajęć: .....

Instruktor/opiekun: .....

Termin zajęć: .....

---

### Deklaracja uczestnika zajęć w CKR 2017/18

1. Imię i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Miejsce zamieszkania .....  
(nazwa miejscowości)

4. Tel. kontaktowy: .....

---

### Oświadczenie uczestnika zajęć:

(prosimy zakreślić X właściwe)

Wyrażam zgodę na wszelkie zabiegi medyczne w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia.

w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia upoważniam do powiadamiania

.....  
(imię i nazwisko)

tel. ....

Wyrażam zgodę na wykorzystanie i publikację zdjęć na potrzeby promocyjne i sprawozdawcze Organizatora oraz na przetwarzanie zawartych w Karcie Kwalifikacyjnej danych osobowych i wprowadzanie ich do systemów informatycznych w celach realizacji projektu, promocji i sprawozdawczości. Organizator nie udostępnia w/w danych podmiotom zewnętrznym i przetwarza je zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r.

*o ochronie danych osobowych.*

*Oświadczam, że zapoznałam/em się z REGULAMINEM UCZESTNIKA OTWARTYCH ZAJĘĆ  
W CKR 2017/18*

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis*