



Český červený kříž

Oblastní spolek ČČK Mělník

Kokořínská 3465

276 01 Mělník

PŘIHLÁŠKA DO KROUŽKU Mladého zdravotníka

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Zdravotní omezení / alergie:

Jméno zákonného zástupce:

Telefon:

E-mail:

Další kontakty pro případ potřeby:

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a souhlasím s účastí mého dítěte v kroužku vedeném OS ČČK Mělník.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů mého dítěte, uvedených v této přihlášce, pro účely organizace a administrace kroužku Mladého zdravotníka, pořádaného OS ČČK Mělník.

Údaje budou použity výhradně k zajištění činnosti kroužku, nebudou poskytovány třetím stranám a budou uchovávány pouze po dobu trvání členství dítěte v kroužku a nezbytnou dobu poté v souladu s platnou legislativou.

V

dne

Podpis zákonného zástupce: