

## OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

dotyczące udziału w imprezie małoletniego uczestnika w wieku 0-18 lat (dalej: „**Oświadczenie**”). Ja, niżej podpisana/y:

**Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_

**Kontakt (nr telefonu):** \_\_\_\_\_

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym małoletniego:

**Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_ **(dalej: "Małoletni")**

W związku z wydarzeniem Ścianka / Stonerror odbywającym się w dniu 10.10.2020 / sob. w Klub Zaścianek (dalej: „**Wydarzenie**”), organizowanym przez Fundację Studentów i Absolwentów Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie ACADEMICA, 30-072 Kraków, ul. Rostafińskiego 10, NIP 677-21-64-561 REGON 356039130 KRS 0000011379 (dalej: „**Organizator**”) niniejszym:

**1. Oświadczam, że Małoletni będzie przebywał na Wydarzeniu pod moją opieką oraz na moją wyłączną odpowiedzialność;**

*(dotyczy Małoletnich w wieku od 0 do 15 lat).*

**2. Wyrażam zgodę na udział Małoletniego w Wydarzeniu oraz oświadczam, że Małoletni będzie przebywał na Wydarzeniu na moją odpowiedzialność.**

*(dotyczy Małoletnich w wieku od 16 do 18 lat).*

Ponadto, oświadczam, że:

- 1) zapoznałam/-em się z Regulaminem i akceptuję jego postanowienia;
- 2) działając jako przedstawiciel ustawowy Małoletniego, wyrażam zgodę na udzielenie przez Małoletniego wymaganych zgodnie z Regulaminem zgód i zezwoleń na rzecz Organizatora, w szczególności wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatora danych osobowych Małoletniego określonych w deklaracji dotyczącej zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz na udostępnienie tych danych przez Organizatora Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu oraz odpowiednim pracownikom Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, w celach i na zasadach określonych szczegółowo w treści tej deklaracji;
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatora danych osobowych podanych w Oświadczeniu, w celu dokumentacji moich oświadczeń oraz zgód wyrażonych powyżej, w związku z udziałem Małoletniego w Imprezie;
- 4) zapoznałam/-em się z klauzulą informacyjną znajdującą się na drugiej stronie Oświadczenia.

.....  
**Data i podpis przedstawiciela ustawowego**