

OŚWIADCZENIE JEDNORAZOWE DLA GRUPY ZORGANIZOWANEJ/URODZINIOWEJ

Data: _____

Dane opiekuna: Imię i nazwisko _____ nr tel. _____

Dane do faktury (wypełnij jeśli potrzebujesz FV):

Nazwa i adres: _____
NIP: _____

- Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych, aby korzystać z infrastruktury oraz atrakcji Parku Rozrywki Fort Jump.
- Oświadczam, że niepełnoletnie osoby (podane na liście osób) nie mają przeciwwskazań zdrowotnych, aby korzystać z infrastruktury oraz atrakcji Parku Rozrywki Fort Jump.
- Oświadczam, że zdaję sobie sprawę, że pracownicy Obiektu nie podejmują działań polegających na opiece nad osobami poniżej 18 roku życia.
- Oświadczam, że wyżej wymienione osoby niepełnoletnie ukończyły minimalny wiek uprawniający do korzystania z obiektu (minimum 1,5 rok życia)
- Jestem świadomy/a, że brak podania danych osobowych jest jednoznaczny z niewyrażeniem zgody na korzystanie z infrastruktury obiektu.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami panującymi w Parku Rozrywki Fort Jump, które są zawarte w regulaminie.
- **POLITYKA OCHRONY DZIECI:** Oświadczam, że przeczytałem/am aktualne procedury dotyczące ochrony małoletnich w Fort Jump, nie wnoszę żadnych uwag i akceptuję jego treść, co potwierdzam podpisem poniżej.
- **RODO/ TWOJE DANE SĄ BEZPIECZNE:** Działając na podstawie przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych oświadczam, że zapoznałem/am się z Informacją o przetwarzaniu danych osobowych (RODO) i Klauzulą informacyjną monitoringu wizyjnego.

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA _____

LISTA OSÓB GRUPY ZORGANIZOWANEJ/URODZINOWE

Lp.	imię i nazwisko	Lp.	imię i nazwisko	Lp.	imię i nazwisko
1		16		31	
2		17		32	
3		18		33	
4		19		34	
5		20		35	
6		21		36	
7		22		37	
8		23		38	
9		24		39	
10		25		40	
11		26		41	
12		27		42	
13		28		43	
14		29		44	
15		30		45	