AKADEMIA FALA DAWID KMAK
ul. Cienista 57/13, 31-831 Kraków
NIP 8191550482 | REGON 389938443 | akademiafala@gmail.com | 782-942-880 | akademiafala.pl

2. WYRAŹNA ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH ZDROWIA

Stosować wyłącznie wtedy, gdy Akademia Fala rzeczywiście pozyskuje i utrwala dane dotyczące zdrowia oraz gdy po analizie podstaw z art. 9 ust. 2 RODO zgoda jest właściwą podstawą prawną.

Imię i nazwisko Uczestnika: _____
_____

Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego: _____
_____

Oświadczam, że dobrowolnie i wyraźnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Akademię Fala Dawid Kmak danych dotyczących zdrowia mojego dziecka, które przekazuję w związku z jego udziałem w zajęciach, wyłącznie w zakresie niezbędnym do zapewnienia bezpieczeństwa Uczestnika podczas zajęć oraz reagowania na sytuacje wymagające uwzględnienia przekazanych informacji.

☐ Wyrażam wyraźną zgodę na przetwarzanie wskazanych danych dotyczących zdrowia w opisanym celu.

Podstawą zgody jest art. 9 ust. 2 lit. a RODO. Zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w każdym czasie poprzez kontakt z Administratorem. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.

Jeżeli przekazanie informacji o zdrowiu jest niezbędne do bezpiecznego udziału dziecka w konkretnych zajęciach, brak takich informacji może skutkować niedopuszczeniem do udziału lub przerwaniem udziału z przyczyn bezpieczeństwa. Nie oznacza to uzależnienia samej zgody na przetwarzanie od uczestnictwa.

Miejscowość i data: _____
_____

Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego: _____
_____

AKADEMIA FALA DAWID KMAK

2. WYRAŹNA ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH ZDROWIA

Dokument nr 02 | wersja wdrożeniowa: 26.08.2026 r.