

Zgoda na udział w warsztatach dietetycznych

Ja niżej podpisany/a _____
będący rodzicem / opiekunem prawnym dziecka:

(imię i nazwisko uczestnika/dziecka)

(na podstawie art. 98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. (Dz. U. 2019.2086 z późn. zm.) kodeks rodzinny i opiekuńczy)

wyrażam zgodę na udział dziecka w warsztatach dietetycznych prowadzonych przez dietetyków firmy KREATOR ZDROWIA z siedzibą w Niepołomicach przy ul. Mokra 16B/8, 32-005, NIP: 5532316924 w dniu _____ r.

I. Informacja o alergiach dziecka

Ze względu na alergię/ nietolerancje* pokarmowe dziecko nie może spożywać następujących produktów: _____

(w razie braku przeciwwskazań prosimy wpisać NIE DOTYCZY).

Przejmuję do wiadomości, że ze względów bezpieczeństwa w warsztatach nie powinny brać udziału uczniowie z **bardzo silnymi alergiami i rozpoznaną celiakią**. W razie wystąpienia alergii pokarmowej proszę o kontakt pod nr telefonu: _____ (telefon do opiekuna prawnego/ rodzica)

II. Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w rozumieniu RODO będzie firma Kreator Zdrowia - Marta Wójtowicz, NIP: 5532316924.

/data/

/czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/

Zgoda na udział w warsztatach dietetycznych

Ja niżej podpisany/a _____
będący rodzicem / opiekunem prawnym dziecka

(imię i nazwisko uczestnika/dziecka)

(na podstawie art. 98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. (Dz. U. 2019, 2086 z późn. zm.) kodeks rodzinny i opiekuńczy)

wyrażam zgodę na udział dziecka w warsztatach dietetycznych prowadzonych przez dietetyków firmy KREATOR ZDROWIA z siedzibą w Niepołomicach przy ul. Mokra 16B/8, 32-005, NIP: 5532316924 w dniu _____ r.

I. Informacja o alergiach dziecka

Ze względu na alergię/ nietolerancje* pokarmowe dziecko nie może spożywać następujących produktów: _____

(w razie braku przeciwwskazań prosimy wpisać NIE DOTYCZY).

Przejmuję do wiadomości, że ze względów bezpieczeństwa w warsztatach nie powinny brać udziału uczniowie z **bardzo silnymi alergiami i rozpoznaną celiakią**. W razie wystąpienia alergii pokarmowej proszę o kontakt pod nr telefonu: _____ (telefon do opiekuna prawnego/ rodzica)

II. Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w rozumieniu RODO będzie firma Kreator Zdrowia - Marta Wójtowicz, NIP: 5532316924.

/data/

/czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/