

# ZGODA RODZICÓW /OPIEKUNÓW/ NA POBYT DZIECKA W POKOJACH GOŚCINNYCH „GALLICK”

.....  
/imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/

.....  
/adres/

.....  
/telefon/

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pobyt syna / córki .....  
w Pokojach Gościennych „Gallick” w dniu/ dniach.....

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań, aby syn/córka samodzielnie przebywała na terenie obiektu.

Przyjmuję do wiadomości, iż opiekun obiektu nie sprawuje i nie zapewnia opieki nad osobami niepełnoletnimi przebywającymi samodzielnie oraz iż rodzice lub opiekunowie prawni ponoszą pełną odpowiedzialność cywilną za działania osób niepełnoletnich.

Oświadczam, iż biorę pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody spowodowane przez moje dziecko, w tym wszelkie szkody materialne, działania które spowodują naruszenie czyjegoś życia lub zdrowia, naruszenie własnego życia bądź zdrowia na skutek zachowania bądź posiadanych chorób (w tym niedopilnowania przyjmowania leków).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich jak i dziecka danych osobowych zawartych w tym dokumencie w nagłych wypadkach wymagających kontaktu z niżej podpisanym opiekunem prawnym, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.).

.....  
/data i podpis rodzica/opiekuna prawnego /

Życzymy udanego pobytu.