**POZWOLENIE DLA OSÓB NIELETNICH BIORĄCYCH UDZIAŁ**

**W ZABAWIE ASG**

**Miejsce......................................... Data..................................**

**Ja niżej podpisany/a**

**Imię.....................................................................Nazwisko.................................................................................. Pesel......................................**

**Adres zamieszkania....................................................................................................................................**

**Telefon kontaktowy ..................................................................pod którym rodzice są dostępni podczas zabawy.**

**Imię i nazwisko osoby niepełnoletniej......................................................................................................**

**Data urodzenia........................................... Miejsce urodzenia ………………………………………..……….........….**

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w spotkaniach Air Soft Gun (zwane dalej spotkaniami ASG).

Wyrażając zgodę, jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/a tego, że:

1. spotkania ASG polegają na oddawaniu przez ich uczestników strzałów do siebie z replik broni o napędzie pneumatycznym kulkami plastikowymi o średnicy 6 mm i masie do 0,50g (symulacja walki);

2. używane przez uczestników spotkań ASG repliki są napędzane sprężonym powietrzem lub gazem i wyrzucają pocisk z prędkością początkową do 200 m/sek na odległość do 100 m, w tym także seriami;

3. w spotkaniach ASG mogą brać również udział osoby pełnoletnie;

4. uczestnictwo w spotkaniach ASG, podobnie jak w wielu innych sportach kontaktowych, jest obarczone dla ich uczestników ryzykiem zaistnienia nieszczęśliwych wypadków, których konsekwencją mogą być: wszelkiego rodzaju potłuczenia, otarcia, złamania, zwichnięcia a w przypadku skrajnego nieprzestrzegania podstawowych zasad bezpieczeństwa i lekkomyślności nawet utraty oka, utraty wzroku (używanie nieatestowanych okularów/gogli do ochrony wzroku , zdejmowanie ochrony wzroku pomimo zakazu), bądź innych obrażeń ciała.

5. uczestnictwo w spotkaniach ASG, podobnie jak uprawianie innych dyscyplin sportowych, odbywa się w ramach dozwolonego ryzyka sportowego, które wyłącza bezprawność czynu powodującego u poszkodowanego uczestnika spotkań ASG skutki, o których mowa w pkt 4.

Mając powyższe na uwadze, oświadczam iż:

- mam pełną świadomość wszelkich negatywnych konsekwencji, jakie może nieść dla mojego dziecka/podopiecznego uczestnictwo w spotkaniach ASG i że konsekwencje te mogą zaistnieć na skutek nieszczęśliwych wypadków na poligonie,

- w razie zaistnienia u mojego dziecka w/w skutków nie będę występować z roszczeniami odszkodowawczymi oraz nie będę żądać zastosowania jakichkolwiek konsekwencji prawnych wobec sprawcy, innego uczestnika oraz organizatora spotkań ASG.

6. Wyrażam zgodę na fotografowanie spotkania ASG, w tym mojego podopiecznego, przez osoby do tego wyznaczone oraz na umieszczanie fotografii na stronie internetowej Leszcze ASG Team Opole, oraz portalach społecznościowych, na których obecna jest ekipa ASG Leszcze ASG Team Opole oraz Poligon ASG „Hotel Tenis”.

**…...............………………………………………**

**Czytelny podpis rodzica/opiekuna**

**( )** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz podopiecznego w celach związanych z udziałem podopiecznego w spotkaniu ASG.

Zostałam/em poinformowany, że wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym dopuszczenia mojego podopiecznego do spotkania ASG .

Zostałam/em poinformowany, że niniejszą zgodę mogę w każdej chwili wycofać, co nie ma jednak wpływu na wcześniejsze przetwarzanie udostępnionych danych osobowych.

Zostałam/em poinformowany, że przysługuje mi prawo skargi do GIODO/UODO

Zostałam/em poinformowany, że Administratorem podanych danych osobowych jest Krzysztof Suski DV OFFICE FHU, tel. 515-207-137, e mail: kariodleszcz@gmail.com

Zostałam/em poinformowany, że konieczność wyrażenia niniejszej zgody wynika wprost z ustawy RODO o ochronie danych osobowych.

Zostałam/em poinformowany, że w każdej chwili przysługuje mi prawo do wglądu, poprawienia bądź usunięcia udostępnionych danych osobowych

Zostałam/em poinformowany, że po wygaśnięciu terminu zgody niniejszy dokument oraz wszystkie podane w nim informacje zostanie bezpowrotnie zniszczony.

**Powyższa zgoda utrzymuje się w mocy do ……………………......………….**

(data do kiedy zgoda jest ważne bądź adnotacja „do osiągnięcia pełnoletności” w przypadku braku jakiejkolwiek adnotacji uznajemy, że zgoda jest ważna tylko i wyłącznie w dniu jej wystawienia)

**…...............………………………………………**

**Czytelny podpis rodzica/opiekuna (wyrażającego zgodę)**