



Karta Młodego Konwentowicza

Dane uczestnika konwentu:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Nr PESEL: _____

Na co choruje*: _____

Jak postępować w razie ataku choroby*:

Dane rodzica lub prawnego opiekuna:

Imię i nazwisko: _____

Tel. Kontaktowy: _____

Oświadczenie:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w Festiwalu Fantastyki FALKON 2018, który odbywa się w dniach 12-14 listopada 2018 r. na terenie Targów Lublin.

Jednocześnie informuję o tym, że zapoznałem/am się z regulaminem konwentu i zdaję sobie sprawę, że organizatorzy nie ponoszą odpowiedzialności za szkody zdrowotne, moralne oraz materialne wynikłe z nieodpowiedniego zachowania mojego dziecka, a także z zatajenia informacji o chorobach. Przyjmuję również do wiadomości, że ponoszę odpowiedzialność za wszelkie zniszczenia spowodowane przez moje dziecko.

Data

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie Młodego Konwentowicza dla ewidencji i zapewnienia bezpieczeństwa na Festiwalu Fantastyki Falkon 2018, na podstawie pkt 32, pkt 42, pkt 43, pkt 171 preambuły, art. 4 pkt 11, art. 5 ust. 1 lit. b, art. 7 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 na potrzeby organizacji konwentu Falkon 2018 w Lublinie. Administratorem danych osobowych gromadzonych i przetwarzanych w ramach realizacji otwartego naboru zgłoszeń w ramach Falkonu 2018 jest Lubelskie Stowarzyszenie Fantastyki 'Cytadela Syriusza' z siedzibą w Lublinie przy ul. Lwowskiej 12, 20-128 Lublin. Dane osobowe przetwarzane będą w związku z organizacją Falkonu 2018 oraz w celach statystycznych i nie będą udostępniane innym odbiorcom. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

Data

Podpis

*W przypadku braku choroby, to pole zostawiamy puste.