



KARTA UCZESTNIKA

DANE KLIENTA				
Imię rodzica/prawnego opiekuna uczestnika	Nazwisko rodzica/prawnego opiekuna	Telefony kontakt. rodziców/prawnych opiekunów		Adres e-mail
ADRES DO KORESPONDENCJI				
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica		Numer domu Numer lokalu
DANE KURSANTÓW				
	KURSANT 1	KURSANT 2	KURSANT 3	
Imię i nazwisko				
Data urodzenia				
Klasa				
Zgoda na samodzielne opuszczenie Akademii (niewłaściwe skreślić)	Wyrażam / nie wyrażam zgody na samodzielny powrót mojego dziecka z zajęć organizowanych przezAkademia Nauki Gliwice. Przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka podczas jego samodzielných powrotów.	Wyrażam / nie wyrażam zgody na samodzielny powrót mojego dziecka z zajęć organizowanych przezAkademia Nauki Gliwice. Przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka podczas jego samodzielných powrotów.	Wyrażam / nie wyrażam zgody na samodzielny powrót mojego dziecka z zajęć organizowanych przezAkademia Nauki Gliwice. Przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka podczas jego samodzielných powrotów.	
Grupa/ dzień/ godzina				
Czy dziecko ma stwierdzone zaburzenia? Jeśli tak, jakie?				
Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? Jeśli tak, jakie?				
Na jakie pokarmy dziecko jest uczulone?				
PŁATNOŚĆ				
Wypełnia przedstawiciel Akademii Nauki				
	KURSANT 1	KURSANT 2	KURSANT 3	
2450 zł – wpłata jednorazowa	<input type="checkbox"/> Data wpłaty pierwszej raty			
Wpisowe 275zł	<input type="checkbox"/> Data wpłaty			
8 x 275 zł – wpłaty ratalne	<input type="checkbox"/> Data wpłaty pierwszej raty			
RABAT RODZINNY/RABAT ZA KONTYNUACJĘ -				
2205zł – wpłata jednorazowa	<input type="checkbox"/> Data wpłaty pierwszej raty	<input type="checkbox"/> Data wpłaty pierwszej raty	<input type="checkbox"/> Data wpłaty pierwszej raty	
Wpisowe 245 zł	<input type="checkbox"/> Data wpłaty			
8 x 245 zł – wpłaty ratalne	<input type="checkbox"/> Data wpłaty pierwszej raty	<input type="checkbox"/> Data wpłaty pierwszej raty	<input type="checkbox"/> Data wpłaty pierwszej raty	
OŚWIADCZENIE				
	Podane wyżej dane osobowe są prawdziwe. Oświadczam, że sprawuję władzę rodzicielską nad ww. dzieckiem.			
	Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji przedmiotu tej umowy tj. organizowania i prowadzenia kursów oraz warsztatów na warunkach wskazanych poniżej.*			
	Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach: wysyłania ofert kontynuacji kursu, ofert kolonijnych, informacji o warsztatach z cyklu „Akademia Świadomego Rodzica”. Przyjmuję do wiadomości, że wyrażenie zgody jest dobrowolne a zgodę mogę odwołać w każdym czasie.**			
	Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie pozytywnego wizerunku Kursanta przez publikację prac i zdjęć wykonanych podczas zajęć. Niniejsza zgoda dotyczy wyłącznie publikacji niekomercyjnych.			