

**REGISTRAČNÍ LIST ČLENA PIONÝRA**

(typ: dítě do 15 roků)

Údaje člena

Jméno:	Příjmení:
Datum narození:	Zdravotní pojišťovna:
Trvalé bydliště (obec, ulice, číslo):	PSČ:
Korespondenční adresa:	PSČ:
Škola:	
Dlouhodobá zdravotní či jiná omezení, poznámky:	
Telefon:	E-mail:

Údaje zákonných zástupců

Vztah k registrovanému: OTEC - MATKA - jiná osoba vykonávající rodičovskou odpovědnost:		
Jméno:	Příjmení:	Telefon:
Kontaktní adresa:		PSČ:
E-mail:	Chcete zasílat informace o akcích PS Záře? ANO - NE	
Vztah k registrovanému: OTEC - MATKA - jiná osoba vykonávající rodičovskou odpovědnost:		
Jméno:	Příjmení:	Telefon:
Kontaktní adresa:		PSČ:
E-mail:	Chcete zasílat informace o akcích PS Záře? ANO - NE	

V souladu s ustanovením Stanov Pionýra se registruji jako člen/ka Pionýra (na pobočném spolku Pionýrská skupina Záře). Beru na vědomí, že členství se potvrzuje každoročně k 31. 1. úhradou stanoveného členského příspěvku s dobou platnosti jednoho roku.

Registruji: **ANO** Podpis člena:

Datum: Podpis osoby vykonávající rodičovskou odpovědnost:

Potvrzení a souhlas s podmínkami registrace a uložením osobních údajů:

Potvrzuji správnost uvedených údajů a jsem připraven na vyzvání zodpovědné osoby spolku Pionýr, z. s. (dále jen Pionýr) správnost údajů doložit. Dávám tímto výslovně souhlas s tím, aby Pionýr jako správce uchovával a zpracovával v souladu s platnými právními předpisy osobní údaje, uvedené na tomto registračním listu. Pionýr, z. s. je oprávněn zpracovávat uvedené údaje i prostřednictvím svých pobočných spolků, které již nepodléhají mému dalšímu souhlasu. Správce může používat uvedené osobní údaje ke své činnosti v souladu se Stanovami Pionýra a dále v nutném rozsahu pro svou činnost. Způsob uchování a zpracování údajů upravuje vnitřní předpis Pionýra. Souhlasím s pořizováním fotografií a videozáznamů člena v rámci činnosti, s jejich archivací a s jejich použitím při prezentaci a propagaci činnosti pionýrské skupiny a Pionýra. Souhlasím, v případě nutného ošetření nebo vyšetření dítěte lékařem, s přepravou dítěte k lékaři soukromým osobním vozidlem.

Souhlas: **ANO** Podpis člena:

Datum: Podpis osoby vykonávající rodičovskou odpovědnost: