

SOGLASJE STARŠEV / SKRBNIKOV ZA UDELEŽBO OTROKA NA OTROŠKI SPA ROJSTNODNEVNI ZABAVI

Organizator: Lepotni salon Bellamia, Dolenjska cesta 326, Lavrica, tel. 040-147-837,
info@bella-mia.si

Dogodek: Otroški SPA rojstnodnevni program

1. Podatki o otroku

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

2. Podatki o staršu/skrbniku

Ime in priimek: _____

Telefon: _____

E-naslov: _____

3. Izjava in soglasje

1. Dovoljujem udeležbo mojega otroka na rojstnodnevnem programu v organizaciji Lepotnega salona Bellamia.

2. Sem seznanjen/a s potekom dejavnosti (npr. nega rok/nog, otroška maska, poslikave, ustvarjalne delavnice, mini ličenje ipd.) in soglašam, da se otrok v njih udeleži.

3. Sem odgovoren/na za pravočasno obvestilo o morebitnih zdravstvenih težavah, alergijah, občutljivostih ali drugih omejitvah otroka (npr. alergije na kozmetične sestavine, kožne bolezni, astma ipd.).

4. Organizator ne prevzema odgovornosti za posledice, ki bi nastale zaradi nepravilnih, nepopolnih ali zamolčanih podatkov o zdravstvenem stanju otroka.

5. Sem seznanjen/a, da organizator zagotavlja primerno varnost otrok med aktivnostmi, vendar ne odgovarja za morebitne poškodbe ali nezgode, ki se zgodijo zaradi neupoštevanja navodil, neprimerne vedenja otroka ali okoliščin, ki jih ni bilo mogoče predvideti oziroma preprečiti.

6. Sprejemam, da organizator ni odgovoren za osebne predmete otroka, ki bi se lahko izgubili ali poškodovali.

7. (Neobvezno) Dovoljujem, da se med dogodkom posnete fotografije in videoposnetki, na katerih je moj otrok, uporabijo za interno uporabo spominske fotografije za starše / za objavo na družbenih omrežjih in promocijo salona (obkroži ustrezno).

8. Seznanjen/a sem, da bodo vsi osebni podatki uporabljeni izključno za namen izvedbe dogodka in v skladu z zakonodajo o varstvu osebnih podatkov (GDPR).

9. Dovoljujem lakiranje nohtov z klasičnim lakom / vodotopnim lakom. (obrožite ustrezno)

oz. ne dovoljujem lakiranja nohtov z nobenim od navedenih lakov.

4. Posebne opombe / zdravstvene informacije:

5. Podpis starša / skrbnika

Kraj in datum: _____

Podpis: _____