**KARTA UCZESTNICTWA**

W ZAJĘCIACH W SEZONIE 2024/2025

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI** | | |
| **Nazwa sekcji** |  | |
| Grupa zajęciowa, dzień, godz. |  | |
| **DANE UCZESTNIKA NIEPEŁNOLETNIEGO** | | |
| **Imię i nazwisko** |  | |
| Wiek |  | |
| **DANE UCZESTNIKA PEŁNOLETNIEGO** | | |
| Imię i nazwisko | |  |
| ul., nr domu, nr mieszkania | |  |
| Kod pocztowy, miasto | |  |
| Nr telefonu komórkowego | |  |
| E-mail | |  |
| **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (wypełnić w przypadku gdy uczestnik nie jest osobą pełnoletnią)** | | |
| **Imię i nazwisko**\* |  | |
| ul., nr domu, nr mieszkania\* |  | |
| Kod pocztowy, miasto\* |  | |
| Numer telefonu komórkowego\* |  | |
| E-mail\* |  | |

\* w przypadku osoby niepełnoletniej wypełnia opiekun.

**OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w zajęciach w Wolskim Centrum Kultury 2024/2025, akceptuję go i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.
2. Oświadczam, że wypełniając niniejszą Kartę Uczestnictwa, zgadzam się na *udział/udział osoby pozostającej pod moją opieką prawną* w zajęciach.
3. Oświadczam**,** że jako osoba, która została poinformowana w Regulaminie uczestnictwa w zajęciach w Wolskim Centrum Kultury 2024/2025 o zasadach przetwarzania danych dotyczących mojej osoby lub osoby, której jestem opiekunem prawnym oraz o przysługujących mi lub tej osobie uprawnieniach:

|  |  |
| --- | --- |
| wyrażam **dobrowolną zgodę** | na przesyłanie przez Wolskie Centrum Kultury (dalej „WCK”) sms-ów oraz maili dotyczących Zajęć, na które Uczestnik został zapisany, w tym ich odwołania bądź przeniesienia. |
| **nie wyrażam zgody** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| wyrażam **dobrowolną zgodę** | na przetwarzanie przez WCK, mojego **wizerunku**/**wizerunku Uczestnika zajęć**, którego jestem opiekunem prawym. |
| **nie wyrażam zgody** |

1. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za zajęcia za miesiąc wrzesień 2024 r. przed rozpoczęciem pierwszych zajęć.
2. Zobowiązuję się do uiszczania pozostałych comiesięcznych opłat za zajęcia w formie ryczałtu, z góry, do każdego 10-go dnia danego miesiąca. **Jestem świadomy/ma, że w przypadku nieobecności uczestnika na zajęciach, które odbyły się w okresie obowiązywania umowy, opłaty wniesione za te zajęcia nie podlegają zwrotowi.**
3. Jestem świadomy/ma, że brak wniesienia opłaty skutkuje rozpoczęciem procesu windykacyjnego.
4. Jestem świadomy/ma, że mam prawo zrezygnować z zajęć z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Zobowiązuję się zgłosić ewentualną rezygnację z zajęć w formie pisemnej w placówce WCK lub mailowo na adres   
   [m.olobry@wck-wola.pl](mailto:m.olobry@wck-wola.pl) lub [s.borkowski@wck-wola.pl](mailto:s.borkowski@wck-wola.pl).
5. Jestem świadomy/ma, że instruktor ma prawo:
6. nie wpuścić na zajęcia oraz skreślić z listy uczestnika, który mimo upomnienia zalega z opłatą za poprzedni miesiąc zajęć. W takim przypadku WCK nie ponosi odpowiedzialności za niedopuszczonego do zajęć uczestnika,
7. usunąć z zajęć uczestnika, którego zachowanie jest naganne, odbiega od ogólnie przyjętych norm, utrudnia prowadzenie zajęć i rażąco narusza regulamin zajęć.
8. skreślić z listy uczestnika, którego absencja powoduje odwoływanie prób (dotyczy przede wszystkim zajęć teatralnych, zespołów artystycznych).
9. \*\*Oświadczam, że jako konsument, który dokonał zapisu na zajęcia przez podstronę Strefa Zajęć, zgodnie z § 1 ust. 9 Regulaminu uczestnictwa   
   w zajęciach w Wolskim Centrum Kultury 2024/2025.

|  |  |
| --- | --- |
| **żądam** | rozpoczęcia świadczenia usługi przez Wolskie Centrum Kultury **przed upływem terminu 14 dni** od dnia dokonania zapisu, tj. przed upływem terminu do odstąpienia od umowy zawartej na odległość. |
| **nie wyrażam żądania** |

\*\*w przypadku dokonania zapisu w placówce WCK powyższe pole proszę pozostawić puste.

……………………………………………………………………………..

Data i czytelny podpis pełnoletniego Uczestnika/opiekuna osoby nieletniej