

**P R I J A V N I C A - S U G L A S N O S T**

Suglasan sam da moje dijete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sudjeluje na

 /ime i prezime djeteta/

4. Nacionalnom CB kupu koji će se održati u Osijeku, Sportski Aerodrom „Čepin“

od 22.-24 .kolovoza 2018. godine

Podaci o djetetu – sudioniku kupa:

|  |  |
| --- | --- |
| OIB |  |
| Datum rođenja |  |
| Adresa (ulica i kućni broj, mjesto) |  |
| Broj telefona/mobitela |  |
| e-mail |  |
| Škola i razred |  |
| CB radioklub (ako je član) |  |

*Svojim potpisom dajem privolu HSCB za objavu osnovnih podataka (ime i prezime, razred, škola, grad) u svrhu izvještavanja provedene aktivnosti, dok kontakt podaci, datum rođenja, OIB kao i zdravstveni problemi neće biti javno objavljeni niti davani trećim osobama, osim u svrhu prijave smještaja, prijevoza i osiguranja od nezgode.*

*Isto tako, za vrijeme odvijanja kupa, u svrhu promocije i izvještavanja snimamo aktivnosti svih sudionika naših radionica (fotografije i video zapisi), te postoji mogućnost da upravo Vaše dijete bude na slikama ili video zapisu. Slažete li se da u navedene svrhe snimamo vaše dijete? DA NE*

Podaci o roditelju (staratelju):

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Br. tel./mob.:

Email:

Napomene:

 Vreća za spavanje-imam vlastitu / nemam ( molimo zaokružiti)

Zdravstveni problemi (alergije, terapije i sl.):

Ostalo: Mjesto i datum:

Voditelji programa: Đuka Pelcl, Predsjednik HSCB, 098/760-204

Valentina Gašparović, Tajnica HSCB, 091/3664-128

Potpis roditelja/staratelja: