JELENTKEZÉSI LAP

A LÁBBUSZ PROGRAMBAN VALÓ RÉSZVÉTELRE

2025/2026. tanév

Gyermek neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iskolája: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_osztálya: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alulírott szülő/gondviselő neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email címe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nyilatkozom, hogy gyermekem/gondviseltem a LÁBBUSZ aszódi szolgáltatását az

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ útvonalon,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ megállóban igénybe vegye,

rábízva őt a szolgáltatásban részt vevő önkéntes segítőkre. A gyermekkel kapcsolatos olyan közlendők, melyek a gyermek rosszulléte kapcsán a segítőnek nélkülözhetetlen információkkal szolgálnak:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fontos tudnivaló rosszullét esetére:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Alulírott szülő/törvényes képviselő nyilatkozom, hogy a jelentkezési lap mellékletében szereplő adott viselkedési normákat elolvastam, megértettem és elfogadom, továbbá gyermekemmel megismertetem, betartására megkérem.
* Tudomásul veszem, hogy a kapott biztonsági eszközökért szülőként anyagi felelősséggel tartozom, azokat megrongálódás vagy elvesztés esetén pótolnom kell.
* Alulírott szülő/törvényes képviselő büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a fentiadatok a valóságnak megfelelnek, továbbá nyilatkozom, hogy a gyermekkel kapcsolatosnyilatkozattételi jogomban, felügyeleti jogomban semmilyen korlátozás nincs hatályban.
* A jelentkezési lap aláírásával tudomásul veszem, hogy a LÁBBUSZ‐szolgáltatás igénybevétele céljából a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló, az Európai Parlament és a Tanács 2016/679 számú rendelete 6. cikk (1) b) pontja alapján fenti személyes adatainkat az Aszód Város Önkormányzata nyilvántartsa és kezelje. Jelen dokumentum aláírásával nyilatkozom, hogy megismertem az Aszód Város Önkormányzat (www.aszod.hu/labbusz oldalon található) adatvédelmi tájékoztatóját és az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást megkaptam.
* Elfogadom, hogy a LÁBBUSZ‐járaton résztvevő gyermekek névsorát a járat valamennyi önkénteskísérője megkapja.
* Nyilatkozom, hogy az Általános Szerződési Feltételeket megismertem, tudomásul vettem:

* Hozzájárulok ahhoz, hogy a Programban a gyermekemről csoportos képmás és hangfelvétel készüljön, amely a LÁBBUSZ program népszerűsítése érdekében az Önkormányzat által működtetett közösségi felületeken felhasználásra kerüljön:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

szülő/törvényes képviselő aláírása polgármester

Aszód, 2025. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.