Strana č. 2

Prezenční listina

Akce: Datum:

Místo: Základní článek, klub, RC:

Jméno organizátora s OHB: Podpis statutárního zástupce:

|  | Jméno | Příjmení | Datum narození | Bydliště | PSČ | Telefon | E-mail | Zdrav. omezení  ano/ne\* | Podpis |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Vysvětlení ke zdravotním omezením: Uveďte, zda si jste/nejste ke dni začátku dobrovolnické akce vědom(a) zdravotních omezeních souvisejících s výkonem dobrovolnické služby. Uvede-li ANO, tak zdravotní omezení napište v příloze.

„Svým podpisem uděluji Hnutí Brontosaurus a jeho organizační jednotce, která akci pořádá (dále jen Správci), souhlas se zpracováním svých osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Osobní údaje jsou zpracovávány výhradně za účelem zajištění činnosti HB, evidence účastníků, jejich kontaktování za účelem poskytování informací o činnosti HB a za účelem splnění povinností vyplývajících z právních předpisů a stanovených podmínek pro poskytnutí finanční aj. podpory. Svým podpisem uděluji souhlas, že fotografie či videozáznam, na němž je zachycena má podobizna, mohou být použity za účelem dokumentace a propagace činnosti Správců. Osoba, jejíž údaje Správci zpracovávají, má právo k přístupu ke zpracovávaným údajům, právo na opravu údajů a právo požadovat vysvětlení a nápravu závadného stavu, které může uplatnit v sídle každé ze Správců.“

# Dále potvrzuji, že jsem byl/a proškolen/a o zásadách bezpečnosti při všech činnostech na akci, o hygienických a protipožárních předpisech a režimu na akci a uplatňovaných provozních a organizačních zásadách.



|  | Jméno | Příjmení | Datum narození | Bydliště | PSČ | Telefon | E-mail | Zdrav. omezení  ano/ne\* | Podpis |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **15..** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **26.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **27.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **28.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **30.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **31.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





Přílohy

Prohlášení účastníků ohledně zdravotních omezení během dobrovolnické akce

Ke dni začátku dobrovolnické akce jsem si vědom/a následujících zdravotních omezení:

|  | Jméno | Příjmení | Zdravotní omezení |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |