Český červený kříž

Oblastní spolek ČČK Hodonín

Kasárenská 4063/4

695 01 Hodonín

IČO: 004 26 334

**PŘIHLÁŠKA NA OS HMZ DNE 13.5.2022**

**ZŠ místo ………………………………………………………………………………………..**

**Hlídka I. stupeň…………………….**

PŘÍJMENÍ A JMÉNO BYDLIŠTĚ DATUM NAROZENÍ

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Hlídka II. stupeň………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Dodržte, prosím, stanovený počet členů HMZ (5) a jeden doprovod.

**Učitel/ka zdravotnice**

…………………………………………………………………………………………………………..

Příjmení a jméno bydliště

 ………………………………………………

 Ředitel/ka školy

Dávám – nedávám souhlas s pořizováním mých audio a video záznamů v rámci dokumentace aktivit ČČK a jejich zveřejněním, zejména k propagaci činnosti ČČK. Udělený souhlas platí, dokud jej písemně neodvolám.

Se všemi osobními údaji bude nakládáno dle zákona o ochraně osobních dat.