

ACORDUL PĂRINTELUI/TUTORELUI/REPREZENTATULUI LEGAL
PENTRU PARTICIPAREA MINORULUI LA SPECTACOLUL
„SUMMER IN THE CITY – JENNIFER LOPEZ – UP ALL NIGHT”

Subsemnata/Subsemnatuldomiciliat/ă
în localitatea, str.
....., nr., bl....., ap.....,
județul, identificat/ă cu C.I. seria, nr.
/Pașaport seria, nr. telefon....., e-
mail....., în calitate de

Părinte

Tutore

Reprezentant legal

Al minorei/minorului, domiciliat/ă în localitatea
..... str.
nr., bl....., ap....., județul, identificat/ă
cu
C.I. seria, nr. / Pașaport seria,
nr. / CNP

Prin prezenta îmi dau acordul ca minora/minorul, să
participe la „SUMMER IN THE CITY – JENNIFER LOPEZ – UP ALL NIGHT” care va
avea loc în București, în data de 27 iulie 2025 la PIATA CONSTITUTIEI, București.

În acest sens îmi asum întreaga răspundere/responsabilitate pentru:

- orice vătămare pe care ar suferi-o minorul din cauza absenței mele sau a lipsei de supraveghere;
- orice pagubă sau prejudiciu, cauzată de către minor Organizatorului sau altor persoane fizice sau juridice care participă la Spectacol.

Totodată, declar că am luat la cunoștință de conținutul evenimentului, orele de desfășurare ale acestuia și condițiile impuse de către Organizator cu privire la accesul minorului menționate în REGULAMENTUL SPECTACOLULUI „SUMMER IN THE CITY – JENNIFER LOPEZ – UP ALL NIGHT”.

TELEFON DE CONTACT:

DATA:

SEMNĂTURA

Înțeleg și sunt de acord ca, în cazul în care minorul nu va respecta condițiile de participare /va crea pagube, prejudicii, altor persoane/va perturba buna desfășurare a Spectacolului, să fie evacuat din zona în care se desfășura evenimentului.

Sunt de acord ca, în cazul în care va fi necesar, minorului să îi fie acordate îngrijiri medicale de către personalul medical calificat care se va afla în zona Spectacolului.

Minorul:

Nu suferă de afecțiuni medicale care i-ar putea pune viața sau sănătatea în pericol cu ocazia participării la Spectacolul „SUMMER IN THE CITY – JENNIFER LOPEZ – UP ALL NIGHT”

Suferă de următoarele

boli/afecțiuniși nu se află
sub tratament medical;

Suferă de următoarele

boli/afecțiuni..... și
se află sub tratament medical cu administrarea următoarelor
medicamente:

În cazul în care minorul suferă de anumite boli/afecțiuni, declar că îmi asum întreaga responsabilitate în ceea ce privește participarea acestuia la Spectacol.

Colectarea datelor cu caracter personal

Sunt de acord ca organizatorul sau compania de ticketing care gestioneaza accesul publicului, să colecteze, să stocheze și să prelucreze datele cu caracter personal ale subsemnatului/subsemnatei și ale minorei/minorului pentru care dau prezentul acord (nume, prenume, adresă, telefon, email, serie și număr CI, serie și număr pașaport, etc.) în scopul achiziționării biletului/abonamentului și/sau participării la Spectacol.

TELEFON DE CONTACT:

DATA:

SEMNĂTURA

DE REȚINUT: Acest acord trebuie completat și semnat, în 2 exemplare, unul dintre acestea trebuie predat la punctul prin care se va face accesul în zona de Spectacol iar celălalt trebuie să se afle în permanență asupra minorului până la ieșirea din zona de Spectacol.