



Uczniowski Klub Sportowy Żoliborska Szkoła Boks

ul. Kochanowskiego 33A/27
01-864 Warszawa
Tel. 509661103

NIP 118-210-00-08

Deklaracja przystąpienia do sekcji sportowej boksu

Dane osobowe uczestnika/zawodnika:

1. Nazwisko i imię:
 2. Data i miejsce urodzenia:
 3. PESEL:
 4. Imiona rodziców:
 5. Adres zamieszkania:
 6. Telefon kontaktowy:
 7. Adres e-mail:
 8. Szkoła (nazwa i adres szkoły):
-

Dane kontaktowe rodzica lub opiekuna prawnego:

1. Nazwisko i imię:
2. Adres zamieszkania:
3. Telefon kontaktowy:
4. Adres e-mail:

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przystąpienie mojego dziecka do Uczniowskiego Klubu Sportowego Żoliborska Szkoła Boks oraz oświadczam, że:

- zapoznałem się ze statutem UKS Żoliborska Szkoła Boks oraz regulaminem, które zobowiązuję się przestrzegać,
- Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w treningach i szkoleniach sportowych organizowanych przez UKS Żoliborska Szkoła Boks, w tym również w rozgrywkach sportowych oraz zawodach, których klub uczestniczy,

- Oświadczam, że moje dziecko jest zdrowe i nie ma żadnych znanych mi przeciwwskazań do uczestnictwa dziecka w treningu, szkoleniu sportowym,
- Zobowiązuję się niezwłocznie informować Klub o wszelkich okolicznościach mających wpływ na udział dziecka w treningach, ze szczególnym uwzględnieniem stanu zdrowia oraz problemów wychowawczych,
- Posiadam pełnię praw rodzicielskich (praw do opieki), a podane powyżej dane osobowe moje i dziecka są zgodne ze stanem faktycznym,
- Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie zdjęć bądź filmów przedstawiających uczestnika (prasa, telewizja, Internet), z zawodów, treningów i innych akcji sportowych w sposób nienaruszający prywatności i godności uczestnika,
- Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do funkcjonowania UKS Żoliborska Szkoła Boksu w Warszawie (zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016.).

.....
(Data i podpis rodzica/opiekuna)

ZGODA LEKARZA

Jako lekarz wyrażam zgodę i dopuszczam do udziału wyżej wymienionego kandydata w zajęciach treningowych i zawodach sportowych.

.....
Pieczętka Lekarska

.....
Data i podpis lekarza