

Imię i nazwisko zawodniczki/ka:

Nr PESEL :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Data urodzenia zawodniczki:

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R										

2. Miejsce urodzenia zawodniczki/ka:.....

3. Adres zamieszkania zawodniczki/ka:.....

4. Imię i nazwisko opiekuna prawnego.....

5. Adres email opiekuna prawnego.....

6. Nr telefonu opiekuna prawnego.....

Oświadczam/y * że:

1. Wyrażam /y* zgodę na uprawianie piłki siatkowej w/w zawodniczce w Klubie Sportowym :
UKS " Sparta Volleyball Kraków" i udział w rozgrywkach organizowanych przez: Klub, Małopolski Związek Piłki Siatkowej w Krakowie i Polski Związek Piłki Siatkowej w Warszawie.
2. Wyrażam/y* zgodę na udział w/w zawodniczki/ka we wszystkich wyjazdach na mecze poza **siedzibę klubu** środkami transportu organizowanymi przez Klub.
3. Wyrażam/y* zgodę na umieszczenie, gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych mojego dziecka w bazie danych Klubu UKS " Sparta Volleyball Kraków" i Rejestrze Zawodników Polskiego Związku Piłki Siatkowej.
4. Wyrażam/y* zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących udziału w/w zawodniczki/ka w zajęciach i rozgrywkach na podane wyżej adresy e-mail.
5. Wyrażam/y* zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka do celów związanych z promocją Klubu. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas treningów i meczów mogą zostać umieszczone na stronie internetowej Klubu, wykorzystane w materiałach promocyjnych oraz publikowane w mediach.
6. Oświadczam/y*, że zostałam/ zostaliśmy* poinformowana/ni* o prawach i obowiązkach zawodniczych oraz zasadach i możliwościach zmiany barw klubowych.
7. Zobowiązuję/my* się do przestrzegania statutu Klubu, przepisów dyscyplinarnych oraz regulaminów Małopolskiego Związku Piłki Siatkowej i Polskiego Związku Piłki Siatkowej.
8. Zobowiązuję się do opłacania składki członkowskiej w kwocie 50 zł miesięcznie płatne przez 10 miesięcy (od września do czerwca) do 10 – go dnia każdego miesiąca na konto Klubu **23 1090 2590 0000 0001 3544 1362**.

.....
(miejscowość i data)

.....
czytelny podpis opiekuna/opiekunów* prawnych

*- niepotrzebne skreślić.



.....
IMIĘ I NAZWISKO

.....
.....
ADRES

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana(y) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie, tj. nazwiska i imienia, daty i miejsca urodzenia, adresu zamieszkania lub pobytu, numeru PESEL, nr telefonu, adresu poczty elektronicznej.

Dane te zbierane są do Ogólnopolskiego Systemu Ewidencji Klubów i Zawodników PZPS - OSEKiZ i będą przechowywane, zgodnie z zasadami zawartymi w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.). Celem systemu OSEKiZ jest gromadzenie informacji na temat Osób i Klubów Sportowych zrzeszonych w Polskim Związku Piłki Siatkowej w Warszawie 02-801 ul. Puławska 383 w celu wykorzystania do prowadzenia ewidencji i rejestracji wymienionych podmiotów.

Dostęp do danych i możliwość ich przetwarzania będą miały Kluby Sportowe, Wojewódzkie Związki Piłki Siatkowej oraz Polski Związek Piłki Siatkowej.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o celu zbierania tych informacji, prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.

Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis zawodnika lub opiekuna prawnego)