



# WMZPR

WARSZAWSKO-MAZOWIECKI  
ZWIĄZEK PIŁKI RĘCZNEJ

Warszawsko-Mazowiecki Związek Piłki Ręcznej  
ul. S. B. Lindego 20, 01-952 Warszawa

E: [biuro@wmzpr.pl](mailto:biuro@wmzpr.pl)  
I: [www.wmzpr.pl](http://www.wmzpr.pl)

## Kadra Wojewódzka Województwa Mazowieckiego

### I. INFORMACJE O ZAWODNIKU

1. Imię i nazwisko: .....
2. NR LICENCJI SPORTOWEJ .....
3. Data i miejsce urodzenia.....
4. PESEL: .....
5. Adres zamieszkania: .....
6. Nazwa i adres macierzystego klubu .....
7. Imię i nazwisko trenera klubowego: .....

### II. OŚWIADCZENIE ZAWODNIKA

Świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że zapoznałam/łem się:

- a) z Regulaminem Kadry Wojewódzkiej Województwa Mazowieckiego w piłce ręcznej prowadzonej przez Warszawsko- Mazowiecki Związek Piłki Ręcznej i zobowiązuję się go przestrzegać;
- b) z prawami i obowiązkami płynącymi z członkostwa w Kadrze Wojewódzkiej oraz planem szkolenia i zobowiązuję się uczestniczyć w przypadku powołania na akcje szkoleniowe.

.....  
(podpis zawodnika)

### III. ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH)

**Ja, niżej podpisany** ..... wyrażam zgodę na:

- a) członkostwo w Kadrze Wojewódzkiej prowadzonej Warszawsko- Mazowiecki Związek Piłki Ręcznej
- b) szkolenie sportowe dziecka w piłce ręcznej, udział w wyjazdach sportowych wg harmonogramu działań na rok **2024** pod opieką Kadry Szkoleniowej i wychowawczej Warszawsko- Mazowieckiego Związku Piłki Ręcznej w ramach szkolenia w Kadrze Wojewódzkiej, będąc świadomym specyfiki i ewentualnego ryzyka związanego z uprawianiem sportu;
- c) udzielenie niezbędnej pomocy medycznej w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia w/w zawodnika.

**Jednocześnie oświadczam, że:**

- a) zapoznałam/łem się z Regulaminem Kadry Wojewódzkiej, prawami i obowiązkami płynącymi z członkostwa w Kadrze Wojewódzkiej oraz planem szkolenia, w którego realizacji moje dziecko ma obowiązek uczestniczyć
- b) moje dziecko jest zdrowe i nie ma żadnych znanych mi przeciwwskazań do uczestnictwa w szkoleniu sportowym;
- c) zobowiązuję się niezwłocznie informować trenera kadry wojewódzkiej o wszelkich okolicznościach mających wpływ na udział dziecka w szkoleniu kadry, ze szczególnym uwzględnieniem stanu zdrowia oraz problemów wychowawczych;
- d) świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane informacje są prawdziwe.
- e) oświadczam, iż zapoznałem się z powyższymi informacjami i regulaminami

.....  
(czytelny podpis, w przypadku osób poniżej 18 r.ż podpis rodzica/ Opiekuna prawnego)

.....  
(kontakt: adres zamieszkania, telefon, e-mail)

#### IV. ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych),

Ja .....  
(czytelny podpis, w przypadku osób poniżej 18 r.ż podpis rodzica/ Opiekuna prawnego)

wyrażam zgodę administratorowi, tj. WMZPR, ul S. B. Lindego 20, 01-952 Warszawa, na:

- przetwarzanie moich danych osobowych wizerunkowych  
 przetwarzanie danych osobowych mojego syna/córki .....  
(imię i nazwisko dziecka)

w postaci wizerunku:

- w celu relacjonowania zawodów;
- w celu budowania pozytywnego wizerunku administratora w mediach;
- w celu promocji działalności administratora w szczególności w: mediach, w materiałach promocyjnych (m.in.: ulotki, plakaty, newsletter), reklamach prasowych, bilbordach i materiałach eksponowanych na otwartej przestrzeni.

Ponadto wyrażam zgodę na:\*\*

- przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, podpisu, nr telefonu, adresu e-mail, adresu zamieszkania w celu umieszczenia ich w bazie administratora w związku z realizacją celów statutowych administratora.

.....  
(czytelny podpis, w przypadku osób poniżej 18 r.ż podpis rodzica/ Opiekuna prawnego)

#### V. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH WRAŻLIWYCH DOTYCZĄCYCH ZDROWIA

Zgodnie z art. 9 ust.2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych),

Ja .....  
(imię i nazwisko Rodzica, Opiekuna prawnego) \*\*

wyrażam administratorowi, tj. WMZPR, ul Lindego 20, 01-952 Warszawa, wyraźną zgodę na:

- przetwarzanie moich danych osobowych  
 przetwarzanie danych osobowych mojego syna/córki .....  
(imię i nazwisko dziecka)

dotyczących zdrowia (orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne uczestnictwo we współzawodnictwie) w celu udziału w zgrupowaniach i zawodach sportowych.

.....  
(czytelny podpis, w przypadku osób poniżej 18 r.ż podpis rodzica/ Opiekuna prawnego)