



WMZPR

WARSZAWSKO-MAZOWIECKI
ZWIĄZEK PIŁKI RĘCZNEJ

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

E: biuro@wmzpr.pl
I: www.wmzpr.pl

Kadra Wojewódzka Województwa Mazowieckiego

I. INFORMACJE O ZAWODNICZCE

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 ZAWODNICZKI

Świadoma 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 zawodniczki)

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 **2026** 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 zawodniczki.

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. 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, billboardach 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)