

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że nie są mi znane żadne przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające mi / osobie niepełnoletniej *)

.....

pozostającej pod moją opieką udział w działalności statutowej **SSK Pszczyna**

(tj. zawody, treningi, pozostała działalność statutowa).

..... (data i miejscowość)

..... (czytelny podpis)

* *niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZENIE ORAZ ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO:

Dane opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL:

Nr telefonu:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na wstąpienie mojego podopiecznego / mojej podopiecznej *) do stowarzyszenia **SSK Pszczyna**.
2. Akceptuję i potwierdzam wyrażoną w deklaracji członkowskiej przez mojego podopiecznego / moją podopieczną *) zgodę dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich powyżej podanych danych osobowych zgodnie z klauzulą informacyjną stowarzyszenia.

Potwierdzam, że zapoznałem/-am się z tą informacją.

3. Oświadczam, że podczas udziału osoby niepełnoletniej pozostającej pod moją opieką w działalności statutowej **SSK Pszczyna** (tj. zawody, treningi, pozostała działalność statutowa), opiekę nad nią sprawują instruktorzy, z którymi klub ma podpisane stosowne umowy.
4. Oświadczam również, iż **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody *** na publikację w celach promocyjnych wizerunku oraz imienia i nazwiska osoby niepełnoletniej, nad którą sprawuję opiekę. Zgoda obejmuje publikację na stronie internetowej klubu oraz profilach w mediach społecznościowych prowadzonych przez **SSK Pszczyna** oraz podmioty współpracujące przy organizacji zawodów, treningów, pikników i innych wydarzeń, których klub jest współorganizatorem.

.....

(data i miejscowość)

.....

(czytelny podpis opiekuna prawnego)

* *niepotrzebne skreślić dotyczy wyłącznie w przypadku osoby niepełnoletniej*