



## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA KLUBU SPORTOWEGO HUMANSPOORT 2020/21

Klub Sportowy Humansport  
ul. Mickiewicza 21D  
43-430 Skoczów  
NIP: 5482674879  
REGON: 364736785

Dane osobowe dziecka:

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres do korespondencji, ulica, nr, kod pocztowy, miasto)

.....  
(telefon, E-mail rodzica)

Ja, niżej podpisany(a) ..... proszę o przyjęcie córki / syna na członka zwyczajnego KS Humansport. Znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Klubu i zobowiązuje się do aktywnego uczestnictwa w życiu Klubu oraz przestrzegania uchwał i postanowień władz Klubu. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach sekcji pływakkiej organizowanych przez Klub Sportowy Humansport.

Oświadczam, że jestem świadomy/a intensywności zajęć, moje dziecko jest zdrowe i zdolne do wykonywania ćwiczeń fizycznych.

Tak/Nie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w celach statutowych Klubu w szczególności w celach związanych z uczestnictwem w zajęciach i zawodach. (Udzielenie zgody jest dobrowolne, jednakże konieczne w celu wzięcia udziału w zajęciach sportowych).

Tak/Nie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych szczególnych (tj. danych dotyczących zdrowia) mojego dziecka/podopiecznego w celu udziału w zajęciach sportowych. (Udzielenie zgody jest dobrowolne, jednakże konieczne w celu wzięcia udziału w zajęciach sportowych). Administratorem danych osobowych jest klub sportowy Humansport z siedzibą: ul. Mickiewicza 21D, 43-430 Skoczów NIP: 5482674879, REGON: 364736785, Nr wpisu do ewidencji klubów 36/KS, adres email: info@humansport.pl

Tak/Nie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych tj. imienia, nazwiska i wizerunku mojego dziecka/podopiecznego w celach reklamowych, informacyjnych i sprawozdawczych Klubu. Jestem świadomy/a, że dane mojego dziecka, a w szczególności wizerunek, mogą być użyte do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania, kadrowania i kompozycji, a także zestawiony z wizerunkami innych osób, może być uzupełniony towarzyszącym komentarzem, natomiast nagranie filmowe i dźwiękowe z jego udziałem mogą być cięte, montowane, modyfikowane, dodawane do innych materiałów powstających na potrzeby promocyjne Klubu.

.....  
Miejscowość

.....  
data

.....  
Podpis

Wskazówki dla instruktora:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Uwagi instruktora:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## KARTA ZDROWIA SPORTOWCA

NAZWISKO	
IMIĘ	
DATA URODZENIA	
PESEL	
DYSCYPLINA	PŁYWANIE

*Pieczętka klubu*

**KLUB SPORTOWY  
HUMANSPOORT  
43-430 Skoczów, ul. Mickiewicza 21D  
NIP 5482674879, REG. 364736785**

DATA	WZROST	WAGA	WYNIK BADANIA	PIECZĄTKA I PODPIS	DATA KOLEJNEGO BADANIA



## POLSKI ZWIĄZEK PŁYWACKI

### System Ewidencji i Licencji „SEL”

---

#### OŚWIADCZENIE

#### ( Zawodnika, Trenera, Instruktora, Sędziego\*)

Przyjmuję do wiadomości i zgadzam się z tym, że:

- Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach internetowego systemu do ewidencjonowania i zarządzania procesem rejestracji (dalej SEL) jest Polski Związek Pływacki z siedzibą w Warszawie (01-813) przy ul. Marymonckiej 34;
- Dane osobowe są przetwarzane w celu rejestracji w systemie SEL i nadania licencji, w celu uczestniczenia w zawodach krajowych i międzynarodowych organizowanych przez PZP oraz Okręgowy Związek Pływacki oraz w celu realizacji programów sportowych i treningowych organizowanych i koordynowanych przez Polski Związek Pływacki. Podanie w tym celu koniecznych i adekwatnych danych jest nieodzowne;
- Administrator danych nie udostępnia danych osobowych żadnym odbiorcom, z wyjątkiem organów i instytucji uprawnionych do tego na podstawie szczególnych przepisów prawa. Dane są chronione z najwyższą starannością i zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie;
- Wiem, że mój udział w akcjach szkoleniowych, zgrupowaniach, w zawodach może wiązać się z przetwarzaniem mojego Wizerunku i tym samym upoważniam Polski Związek Pływacki do rozpowszechniania Wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych poprzez udostępnienie Wizerunku bez ograniczeń czasowych oraz terytorialnych, w szczególności w celu zamieszczenia Wizerunku w mediach zewnętrznych oraz w mediach wewnętrznych PZP, w związku z realizacją celów statutowych PZP i prowadzoną działalnością z zakresu organizowania i prowadzenia współzawodnictwa sportowego w sporcie pływackim;
- Mam świadomość prawa dostępu do swoich danych i ich poprawiania, a w przypadku zmiany swoich danych osobowych zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia o tym Administratora danych.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
( imię, nazwisko )

( podpis )

(zawodnika niepełnoletniego reprezentuje jego opiekun prawny)

\* niepotrzebne skreślić