

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**  
**KLUBU KOSZYKARSKIEGO „POD KOSZEM”**

<b>Imię i Nazwisko</b>	
<b>Data urodzenia</b>	
<b>Pesel</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>Imiona i nazwiska Rodziców/Opiekunów prawnych</b>	<b>Tata:</b> <b>Mama:</b>
<b>Nr. telefonu</b>	<b>M:</b> ..... <b>T:</b> .....
<b>Adres e-mail</b>	

**ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH)**

My niżej podpisani wyrażamy zgodę na przynależność dziecka do Klubu Koszykarskiego „Pod Koszem” z siedzibą w Karlinie ul. Kościuszki 28/1. Równocześnie w imieniu dziecka i swoim zobowiązujemy się do przestrzegania Regulaminu Klubu i bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność za bezpieczny dojazd dziecka na zajęcia oraz jego powrót do domu po zajęciach. Zobowiązujemy się również do 10. dnia każdego miesiąca wnosić opłatę członkowską na cele statutowe klubu.

Zobowiązujemy się do zapoznania się z regulaminem zajęć sportowych prowadzonych przez klub oraz przekazania informacji o zasadach treningu dziecku.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
.....  
(podpisy rodziców)

**INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH) O STANIE ZDROWIA DZIECKA  
ZGODA RODZICA NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH POD WZGLĘDEM  
ZDROWOTNYM**

Nazwisko i imię dziecka.....

**Informacja rodziców o dziecku:**

I. Choroby (zaznaczyć „X” jeśli dziecko choruje lub przebyło daną chorobę):  
odra..... ospa..... różyczka..... szkarlatyna.....  
świnka..... żółtaczk..... arytmia serca..... astma..... choroba  
lokomocyjna..... choroby nerek(podać jakie).....  
choroby reumatyczne (podać jakie).....  
choroby układu pokarmowego (podać jakie) .....  
nadciśnienie tętnicze..... padaczka.....  
zespół nadpobudliwości psychoruchowej ADHD.....  
inne (podać jakie).....  
.....

II. Alergie – podać na co dziecko jest uczulone:

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

III. U dziecka występowały w ciągu ostatniego roku (właściwe podkreślić): częste bóle brzucha, częste bóle głowy, częste bóle kończyn i kręgosłupa, częste odczucie zmęczenia, częste stany zapalne, drgawki, duszności, krwawienia z nosa, lęki nocne, omdlenia, przewlekły kaszel, tiki, trudności w zasypianiu, wymioty, zawroty głowy i zaburzenia równowagi, inne .....

IV. Inne uwagi

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

**Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka we wszelkich zajęciach sportowych Klubu Koszykarskiego „Pod Koszem”.**

**Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do jego udziału w zajęciach.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica)

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka przez administratora danych osobowych, tj. Klub Koszykarski „Pod Koszem” z siedzibą przy ul. Kościuszki 28/1 w Karlinie:

- w zakresie wyznaczonym w ramach dokumentów zapisowych do Klubu, tj. deklaracji członkowskiej i informacji o stanie zdrowia dziecka;
- w celu prowadzenia skutecznego procesu szkoleniowo-wychowawczego Klubu Koszykarskiego „Pod Koszem” (w tym kontaktu ze strony trenerów i zarządu klubu).

Ponadto przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do wglądu danych moich i mojego dziecka, ich poprawiania oraz usunięcia.

*Informujemy, że wniosek o ewentualne usunięcie danych osobowych należy złożyć pisemnie lub mailowo w formie skanu na adres podkoszemkarlino@gmail.com. Proces przetwarzania danych osobowych przez administratora danych osobowych kończy się z dniem wypisania rezygnacji z członkostwa w Klubie Koszykarskim „Pod Koszem”*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis rodzica)

## ZGODA RODZICA NA WYKORZYSTYWANIE WIZERUNKU DZIECKA

1) Wyrażam/ nie wyrażam\* zgodę na wykorzystywanie wizerunku mojego dziecka

.....:

- na zdjęciach i w materiałach filmowych z wszelkich zajęć sportowych, w których bierze udział moje dziecko jako zawodnik „Pod Koszem” na zdjęciach w profilach społecznościowych oraz pozostałych mediach elektronicznych i papierowych.

2) Wyrażam/ nie wyrażam\* zgodę na wykorzystywanie wizerunku mojego dziecka

.....:

- dla celów marketingowych klubu koszykarskiego „Pod Koszem” (promocja klubu, reklama w formie elektronicznej i papierowej).

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis rodzica)