

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znam zasady walki, obowiązujące regulaminy i przepisy. W pełni i bez jakichkolwiek zastrzeżeń zwalniam organizatorów Seminarium, instruktorów, trenerów, pracowników od odpowiedzialności wynikającej z zaistniałego wypadku, kontuzji lub utraty zdrowia, którego to wydarzenia mógłbym/mogłabym być ofiarą lub powodem.

Ponadto oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie, potwierdzające mój dobry stan zdrowia.

Wyrażam zgodę, na wykorzystanie mojej podobizny stworzonej na tych zawodach przez wykonanie zdjęć lub nagrań filmowych do celów reklamowych, promocyjnych i szkoleniowych i rezygnuję z wszelkich roszczeń, jakie mógłbym/mogłabym mieć w związku z naruszeniem prywatności, zniesławieniem lub w oparciu o wszelkie inne podstawy powództwa związane z utrwaleniem mojej podobizny na nośnikach obrazu i dźwięku w związku z tymi zawodami.

Niniejsze oświadczenie nie podlega zmianom ustnym.

Miejscowość..... Data.....

.....
Podpis zawodnika/zawodniczki.

Wyrażam zgodę na udział w/w prawnego podopiecznego w tych zawodach i akceptuję w/w oświadczenie.

.....
Podpis opiekunów prawnych zawodnika niepełnoletniego.

KLAUZULA INFORMACYJNA

- Administratorem podanych danych osobowych jest Kaszubskie Towarzystwo Sztuk Walki, Lniska 16, 83-330 Lniska zwane dalej Administratorem.
- Przetwarzanie podanych danych osobowych jest niezbędne w celu realizacji Turnieju.
- Podstawą przetwarzania podanych danych osobowych jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz art. 13 RODO z dnia 25 maja 2018 r.
- Podane dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane przez Administratora przez okres 30 dni po tym okresie zostaną zniszczone.
- Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do podanych danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
- W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez KTSW podanych danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
Podpis zawodnika pełnoletniego lub rodziców / opiekunów prawnych / zawodnika niepełnoletniego

KARTA UCZESTNICTWA

Nazwa:

Seminarium z Shihan Piotrem Sawickim

Miejsce i data:

**Hala Sportowa, 83-333 Chmielno, ul. B. Grzędzickiego 28
dnia 22 marca 2025 roku**

Organizator:

Kaszubskie Towarzystwo Sztuk Walki

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

_____,_____,_____r.

PESEL: _____

Klub (nazwa i adres lub pieczęć):