

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znam zasady walki, obowiązujące regulaminy i przepisy. W pełni i bez jakichkolwiek zastrzeżeń zwalniam organizatorów zawodów, sędziów, 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

Proszę wypełnić czytelnie pismem drukowanym.

Punkty: 1 – 13 - wypełnia Kierownik Oddziału, 14-15 - wypełnia Komisja Sędziowska

KARTA STARTOWA

Nazwa Turnieju:

**MISTRZOSTWA POLSKI UFR w Kickboxingu
pod patronatem Polskiej Federacji Kickboxingu**

Miejsce i data:

**Hala Sportowa Politechniki Gdańskiej, 80-219 Gdańsk,
Aleja Zwycięstwa 12, 18 października 2025 r.**

Organizator: **Kaszubskie Towarzystwo Sztuk Walki**

1. Nazwisko:

2. Imię:

3. Data urodzenia: _____, _____, _____ r.

4. PESEL: _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

6. **KUMITE:** Kadet młodszy, Kadet starszy, Junior, Senior, Elita
(odpowiednie podkreślić)

8. Waga aktualna zawodniczki /zawodnika:..... kg.

9. Wzrost:.....cm 10. Stopień:..... 11. Ilość startów dotychczas:.....

12. Klub (nazwa i adres lub pieczęć):

13. Organizacja:

14. Waga po weryfikacji zawodnika/zawodniczki: _____ kg.

15. Podpis Komisji Weryfikującej:

.....
Pieczęć i podpis Kierownika Oddziału.

.....
Podpis Sędziego Głównego.