Uczniowski Klub Sportowy

AKROFITNESS SZCZECINEK

ul.. Kopernika 18 78-400 Szczecinek

Prezes – Wioletta Szydlak

e-mail: [akroaerofit@interia.eu](mailto:akroaerofit@interia.eu)

tel: 608 554 258

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UCZNIOWSKIEGO KLUBU SPORTOWEGO**

**AKROFITNESS SZCZECINEK**

**KATEGORIA WIEK SZKOLNY**

**/ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH/**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE DZIECKA -UCZESTNIKA ZAJĘĆ** | | | | |
|  | |  | |  |
| **Imię i nazwisko członka zajęć** | | **Data i miejsce urodzenia – uczestnika zajęć** | | **PESEL -uczestnik zajęć** |
|  | | |  | |
| **Adres zamieszkania /kod pocztowy.** | | | **Imiona i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych** | |
|  |  | | **PROSZĘ PODAĆ CZYTELNIE /DRUKOWANYMI/** | |
| **Nr telefonu / mama/** | **nr telefonu /tata/** | | **WAŻNE DO KONTAKTU -e-mail rodziców** | |

**JA……………………………………………………………………………………niżej podpisana(y)**

**( imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego)**

**Wyrażam zgodę na przystąpienie mojego dziecka /podopiecznego do Uczniowskiego Klubu Sportowego AKROFITNESS Szczecinek i uczestnictwo w zajęciach i treningach Akrobatyki Sportowej / Fitness Gimnastyczny / WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ/.Oświadczam, że stan zdrowia mojego ww. dziecka/ podopiecznego pozwala na uczestnictwo w zajęciach treningowych akrobatyki sportowej / fitness gimnastyczny ( właściwe podkreślić)i nie są mi znane jakiekolwiek przeciwskazania do uprawiania przez w/w dziecko/ podopiecznego tych dyscyplin sportu .Wyrażam zgodę na asekurację mojego dziecka / podopiecznego podczas zajęć treningowych przez trenera, instruktora, opiekuna.**

**Zobowiązuję się do wykupienia polisy ubezpieczeniowej na sportowe zajęcia**

**Akrobatyki Sportowej i załączenie kserokopii do deklaracji klubowej.**

**…………………………………………… ……………………………………………………………………………**

**( data i miejsce ) ( czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska**

**rodzica /opiekuna prawnego )**

**OŚWIADCZENIE RODO**

**Na podstawie art.29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U.UE.L. 2016.119.1)- dalej RODO (GDPR),niniejszym upoważniam UCZNIOWSKI KLUB SPORTOWY ,,AKROFITNESS’’ SZCZECINEK do przetwarzania moich i mojego dziecka /podopiecznego danych osobowych ,jednocześnie oświadczam i przyjmuję do wiadomości, że:**

**1.Podaję powyższe dane dobrowolnie i mam świadomość, iż odmowa ich podania równoznaczna jest z brakiem możliwości uczestnictwa mojego dziecka /podopiecznego w zajęciach , treningach akrobatyki sportowej, fitness gimnastyczny prowadzonych przez UKS ,,AKROFITNESS ‘’Szczecinek.**

**2.Administratorem moich i mojego dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Uczniowski Klub Sportowy ,AKROFITNESS ‘’Szczecinek.**

**3.Przekazane dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia ,realizacji projektu, programu szkolenia ,a także do celów statutowych ,ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości.**

**4.Mam prawo dostępu do treści moich danych oraz danych mojego dziecka/podopiecznego i dane te mogą być w dowolnym momencie przeze mnie poprawiane lub całkowicie usunięte, jednakże nie wpłynie to na zgodność z prawem przetwarzania pozyskanych danych ,którego dokonano na podstawie niniejszego oświadczenia przed jego wycofaniem**

**5.Przekazane dane przestają być przetwarzane przez administratora wraz ze złożoną rezygnacją z członkostwa w Uczniowskim Klubie Sportowym ,,AKROFITNESS ‘’Szczecinek.**

**6.W przypadku jeśli przetwarzanie danych narusza obowiązujące przepisy prawa, przysługuje prawo wniesienia skargi, zgodnie z art.77 RODO do organu nadzorczego , którym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**

**………………………………………………………. ……………………………………………………………………………**

**( miejsce i data ) (czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska**

**rodzica /opiekuna prawnego**

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA / PODOPIECZNEGO**

**Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Uczniowski Klub Sportowy, ,AKROFITNESS’ ’Szczecinek wizerunku mojego dziecka /podopiecznego związanego z prezentacją i popularyzacją akrobatyki sportowej / fitness gimnastyczny ( właściwe podkreślić) oraz reprezentację w/w organizacji .Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw, jednocześnie niniejszą zgodę udzielam bezterminowo i nieodpłatnie.**

**………………………………………………. ……………………………………………………………………………………**

**(miejsce i data ) ( czytelny podpis z podanie imienia i nazwiska rodzica**

**opiekuna prawnego ).**

**ZOBOWIĄZANIA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO WOBEC UCZNIOWSKIEGO KLUBU SPORTOWEGO ,,AKROFITNESS ‘’ SZCZECINEK**

**1.Oświadczam, że zobowiązuję się do dokonywania płatności składki członkowskiej**

**w pierwszym tygodniu każdego miesiąca tj. do 7 dnia za dany miesiąc ,,z góry,,**

**Płatności można regulować u trenera , instruktora lub dokonać przelewu konto bankowe, wraz z podaniem imienia i nazwiska dziecka /podopiecznego oraz miesiąca, za który dokonywana jest płatność.**

**2.Wysokość składki członkowskiej jest stała i nie zależy od ilości odbytych zajęć treningowych w miesiącu .**

**3.W przypadku nieobecności na zajęciach , treningach opłata składki członkowskiej nie podlega zwrotowi ani przeksięgowaniu na następny miesiąc / inny okres.**

**4.Zobowiązuje się przestrzegać dni i godzin zajęć treningowych.**

**5.W przypadku rezygnacji z członkostwa w Uczniowskim Klubie Sportowym ,,AKROFITNESS’’ Szczecinek i rezygnacji z uczestnictwa w zajęciach treningowych, zobowiązuje się niezwłocznie poinformować na piśmie Zarząd Uczniowskiego Klubu Sportowego ,,AKROFITNESS ’’oraz trenera, instruktora, oraz zobowiązuje się do nie reprezentowania barw innego klubu akrobatyki sportowej , fitness dzieci na zawodach wszystkich szczebli przez okres 1 roku od wystąpienia z w/w Klubu.**

**6.W przypadku powołania zaodniczki /zawodnika na zawody sportowe ,zobowiązuje się przedkładać badania sportowo-lekarskie mojego dziecka / podopiecznego oraz przestrzegać terminu aktualizacji.**

**7.Uczestnik zajęć jest pod opieką trenera ,instruktora, opiekuna tylko i wyłącznie w godzinach zajęć treningowych zgodnych z harmonogramem treningów, dlatego zobowiązuje się do punktualnego odbioru dziecka/podopiecznego po zajęciach treningowych .Rodzice opiekunowie prawni nie przebywają na sali gimnastycznej podczas zajęć treningowych.**

**8.Uczestnik zajęć jest zobowiązany jest do bezwzględnego stosowania się do poleceń trenera , instruktora, opiekuna podczas zajęć treningowych ,jednocześnie zabrania się samodzielnego przebywania na sali gimnastycznej ,korzystania z urządzeń i przyrządów i sprzętu sportowego a także wykonywania ćwiczeń.**

**9.Ponoszę pełną odpowiedzialność materialną za zniszczone mienie przez moje dziecko w**

**obiekcie sportowym w którym prowadzone są zajęcia treningowe i zawody oraz w**

**obiektach kwaterunkowych na czas zawodów, zgrupowań, szkoleń, obozów.**

**Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminów obiektów w których prowadzone są**

**zajęcia, treningi, zawody.**

**10.Przyjmuję do wiadomości że podstawowym narzędziem komunikacji na drodze trener**

**– rodzic/opiekun jest e-mail, telefon , drogą mailową są przesyłane informacje o**

**zawodach ,obozach i pokazach oraz wszystkie bieżące sprawy dotyczące zajęć.**

**………………………………………………….. ……………………………………………………………………………..**

**( miejsce i data ) ( czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska**

**rodzica / opiekuna prawnego).**