



Imię i nazwisko

Miejscowość i data

INDYWIDUALNE OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA ORAZ ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Niniejszym oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na udział w rywalizacji sportowej w ramach „Mistrzowie Pokoleń – turniej piłki ręcznej plażowej”. Oświadczam, że znam Regulamin Zawodów i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Ponadto wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie oraz rejestrowanie na dowolnych nośnikach mojego wizerunku (imienia i nazwiska, wizualnej prezentacji) dla celów publikacji, promocji i reklamy zawodów we wszystkich mediach oraz materiałach, które Organizator zawodów „Mistrzowie Pokoleń – turniej piłki ręcznej plażowej” uzna za odpowiednie dla celu popularyzacji idei zawodów oraz upubliczniania informacji o nich. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w turnieju.

Jestem świadoma/-y, że administratorem moich danych osobowych jest KS AZS AWF Warszawa z siedzibą przy ul. Marymoncka 34; 01-813 Warszawa, e-mail: sekretariat@azsawf.com, więcej informacji na ten temat znajduje się w Polityce Prywatności na stronie: www.azsawf.com.

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w zawodach. Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich poprawiania oraz żądania ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.



KLUB SPORTOWY AZS AWF WARSZAWA

ul. Marymoncka 34, Warszawa

519 - 148 - 573

sekretariat@azsawf.com

azsawf.com