

**OŚWIADCZENIE ZAWODNIKA W ZWIĄZKU Z UDZIAŁEM W ZAWODACH
COPA SILESIA 13/12/2025 r. GLIWICE**

Oświadczam udział w zawodach (imię i nazwisko).....
oświadczam, iż biorę udział w w/w zawodach na własną odpowiedzialność.

Data urodzenia (uczestnika).....Pesel (uczestnika)

Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu)

Telefon kontaktowy

Oświadczam, że posiadam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza, dopuszczające do uczestniczenia w zawodach sportowych,
- nie mam przeciwwskazań lekarskich i zdrowotnych uniemożliwiających wzięcie udziału w zawodach,
- posiadam ubezpieczenie NNW obejmujące uczestnictwo w zawodach sportowych
- jestem świadomy/a zagrożenia (utrata zdrowia lub życia) podczas zawodów sportowych i rzekam się wszelkich roszczeń z tego tytułu w stosunku do organizatorów i sędziów,

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych w tym wizerunku organizatorom w celu publikacji zdjęć i nagrań na stronie internetowej i mediach społecznościowych. Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 11904.05.2016), informuję, iż administratorem Pani/Pana danych osobowych jest organizator zawodów: Fundacja ADVANTAGE, copasilesia@gmail.com; Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia turnieju; odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa; Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania; ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową uczestnictwa w turnieju.

Data i podpis uczestnika zawodów.....

OŚWIADCZENIE RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w w/w zawodach. Oświadczam, że moje dziecko posiada aktualne badania lekarskie, ubezpieczenie NNW oraz jestem świadom/świadoma zagrożeń jakie niesie za sobą start w zawodach sportowych i upoważniam organizatorów oraz służby medyczne na udzielenie pomocy zawodnikowi.

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego.....

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, w tym odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego. 1.Art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj. Dz.U. z 2018 r. poz. 1600 zezm.) ma następujące brzmienie: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.