

Eliminacje Międzywojewódzkie Strefy PK-MP

Bystre, 05-12.10.2025r.

Dane zawodnika (Proszę wypełnić czytelnie – każda litera/cyfra w osobnej kratce!):

Nazwisko														
Imię														
Grupa Turniejowa														

Ja,..... niżej podpisana/ podpisany* oświadczam, że wyrażam zgodę:

- Na udział mojego dziecka/wychowanka* w Eliminacjach Międzywojewódzkich Strefy PK-MP w Bystrym w dniach 5-12.10.2025r.
- Na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka na zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady /UE/ 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
- nieodpłatne rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka/wychowanka* w materiałach promocyjnych, informacyjnych w trybie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Ogólnego o Ochronie Danych (zwanego dalej „RODO”), przez organizatora Eliminacji Międzywojewódzkich Strefy PK-MP.

Oświadczam ponadto, iż przyjmuję do wiadomości, że

1. Administratorem Państwa danych osobowych do czasu zakończenia Eliminacji Międzywojewódzkich Strefy PK-MP jest Podkarpacki Związek Szachowy, Rzeszów ul. Pułaskiego 13A.
2. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie na potrzeby organizacji Eliminacji Międzywojewódzkich Strefy PK-MP.
3. Dane osobowe mogą zostać przekazane do Ministerstwo Sportu wraz z komunikatem z zawodów zawierającym końcowe klasyfikacje zawodników.
4. Zostałam/em poinformowana/y o planowanej formie i zakresie wykorzystania mojego wizerunku w sposób nienaruszający moich dóbr osobistych.
5. Podanie danych i zgoda na udostępnienie jest dobrowolne, lecz odmowa w tym zakresie jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestniczenia w Eliminacji Międzywojewódzkich Strefy PK-MP.
6. Rozumiem, że przysługuje mi prawo wglądu i sprostowania moich danych osobowych oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania w każdym momencie. Sprzeciw może zostać oddalony jeśli jego uwzględnienie naruszać będzie prawa innych osób lub prawidłowość przebiegu procesu realizacji zadania.
7. Potwierdzam zapoznanie się z Komunikatem Organizacyjnym Eliminacji Międzywojewódzkich Strefy PK-MP oraz akceptuję jego zapisy.

Oświadczam ponadto, że zgodnie z regulaminem imprezy małoletni uczestnik imprezy, będzie przebywał pod opieką

.....

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że według swojej najlepszej wiedzy, stan zdrowia mojego dziecka pozwala na udział w zawodach. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 dni nie występowały u niego, żadne objawy chorobowe tj. m.in. gorączka (pow. 38°C), kaszel, katar, bóle mięśni, bóle gardła.

Data..... Podpis Nr tel.