**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA DO SEKCJI   
KOSZYKÓWKI  
ROK SZKOLNY 2020/2021**

**Dane uczestnika:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię (imiona): |  | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko: |  | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia: |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres zamieszkania: |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| Telefon: |  | | | | | | | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | | | | | | | |
| Szkoła: |  | | | | | | | | | | | |
| Klasa: |  | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Dane rodziców/opiekunów prawnych:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Dane matki (opiekunki):*** |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
| E-mail: |  |
|  |  |
| ***Dane ojca (opiekuna):*** |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
| E-mail: |  |

**Poświadczenie umiejętności:**

1. **W przypadku uczestnika niepełnoletniego:**

Zaświadczam, że moja córka/mój syn ………………………………………………………………………. posiada umiejętność niezbędną do udziału w zajęciach sekcji koszykówki.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | data i podpis rodzica |

1. **W przypadku uczestnika pełnoletniego – oświadczenie:**

Oświadczam, że posiadam umiejętność niezbędną do udziału w zajęciach sekcji koszykówki.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | data i podpis kandydata |

**Zobowiązania/oświadczenia rodziców/prawnych opiekunów lub pełnoletniego uczestnika:**

* Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach sekcji koszykówki.
* Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka pozwala na udział w zajęciach sekcji i nie istnieją żadne jawne lub ukryte przeciwwskazania do uprawiania sportu, mogące zaszkodzić jego zdrowiu lub życiu.
* Jestem świadoma/y czynników ryzyka w związku z COVID-19.
* Rozumiem, że opuszczanie miejsca zamieszkania zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia wirusem SARS CoV-2. Jestem świadomy, że pomimo stosowania przez Ośrodek Sportu i Rekreacji „Wyspiarz” szczególnych środków ochronnych (zaakceptowanych przez Państwową Stację   
  Sanitarno-Epidemiologiczną), nie powoduje to całkowitego wyeliminowania ryzyka zakażenia wirusem SARS CoV-2.
* Zapoznałam/em się i zobowiązuje się do stosowania przez dziecko, którego opiekunem prawnym jestem oraz przez osoby, pod których opieką dziecko pozostaje, przebywających w obiektach Ośrodka procedur obowiązujących w Ośrodku Sportu i Rekreacji „Wyspiarz” dotyczących zapobiegania i zmniejszenia ryzyka zarażenia lub rozprzestrzeniania się choroby COVID-19. Jednocześnie oświadczam, że dziecko, którego jestem opiekunem prawnym, uczestniczy w zajęciach sekcji na moje ryzyko i odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki dla życia i zdrowia związane z epidemią COVID-19.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek Sportu i Rekreacji „Wyspiarz” w Świnoujściu danych osobowych dla potrzeb realizacji celów związanych z działalnością sekcji, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018r. poz.1000) Wyrażam zgodę na publikację wizerunku dziecka na terenie placówki, stronie internetowej, portalu Facebook oraz w publikacjach   
  i folderach Ośrodka Sportu i Rekreacji „Wyspiarz” i Miasta Świnoujście w celach niekomercyjnych.
* Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Ponoszę pełną odpowiedzialność za niniejszą decyzję wyrażenia zgody na uczestnictwo w zajęciach sekcji koszykówki.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejscowość, data |  | podpisy rodziców/opiekunów lub pełnoletniego uczestnika |