

WZÓR OŚWIADCZENIA OSOBY DOROSŁEJ O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIAŁ W TRENINGACH

--

Nazwa Klubu

JA NIŻEJ PODPISANY/A:

Nazwisko :

--

Imię :

--

PESEL/Paszport**:

--

Adres e-mail oraz nr telefonu do kontaktu:

.....

Niniejszym oświadczam, że nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do mojego udziału w treningach AP Champion oraz jednocześnie wyrażam zgodę na udzielenie mi pierwszej pomocy, jeśli taka potrzeba zaistnieje.

Akceptuję Regulamin Klubu.

W rozumieniu art. 6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AP Champion oraz PZPN moich danych osobowych.

Data, Podpis

--

**niepotrzebne skreślić*

***w przypadku nie posiadania obywatelstwa polskiego*