



## Karta treningowa i kwestionariusz medyczny

Imię i nazwisko	<input type="text"/>		
Wiek	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Wzrost	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
Waga	<input type="text"/>	Nr tel. Rodzica/opiek	<input type="text"/>

Prosimy o rzetelne odpowiedzi na poniższe pytania. Pozwoli nam to na przygotowanie optymalnego i bezpiecznego treningu.

Ostatnia wizyta u lekarza- kiedy?.....

Z jakiego powodu?.....

Kiedy ostatni raz córka/syn był na kompleksowych badaniach lekarskich? .....

Tak      Nie      **Problemy z układem sercowo- naczyniowym?**  
 Jeśli Tak to jakie? .....

Tak      Nie      **Problemy z układem mięśniowym?**  
 Jeśli Tak to jakie? .....

Tak      Nie      **Problemy z układem nerwowym?**  
 Jeśli Tak to jakie? .....

- Tak Nie **Omdlenia, utraty przytomności?**  
Jeśli Tak to jakie? .....
- Tak Nie **Bóle? ( klatka piersiowa, głowa, brzuch itd. )**  
Jeśli Tak to jakie? .....
- Tak Nie **Obrzęki?**  
Jeśli Tak to jakie? .....
- Tak Nie **Hospitalizacje?**  
Jeśli Tak to kiedy i z jakiego powodu? .....
- Tak Nie **Zażywane lekarstwa?**  
Jeśli Tak to jakie? .....
- Tak Nie **Wada wzroku?**  
Jeśli Tak to jaka? .....

**”Oświadczam iż zapoznałem/ zapoznałam się z Regulaminem Klubu Sportowego „Dexters Team”  
i akceptuje jego treść**

Oświadczam, iż jestem pełnoprawnym opiekunem, w pełni świadomy  
stanu zdrowia córki/syna i wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach  
sportowy, ponosząc pełną odpowiedzialność za wszelkie konsekwencje  
wynikające z udziału w zajęciach.

--

(czytelnie: data, imię oraz nazwisko prawnego opiekuna – rodzica)

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Zgodnie z art.7 ust.1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. W sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. L. Z 2016r. Nr 119, str1) - dalej RODO

Ja niżej podpisany.....

1. **TAK** [  ] wyrażam zgodę

**NIE**[  ] nie wyrażam zgody

Na przetwarzanie przez stowarzyszenie działające pn. KS DEXTERS TEAM z siedzibą w Nowym Sączu przy ul. Lwowskiej 17 moich danych osobowych mojego dziecka zawartych w formularzu w celu organizacji treningów, szkoleń, zawodów oraz pozostałych imprez a także wykonywania celów statutowych Klubu. Ponadto oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli Informacyjnej i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń ani uwag do jej treści

2. **TAK** [  ] wyrażam zgodę

**NIE**[  ] nie wyrażam zgody

Na przetwarzanie przez stowarzyszenie działające pn. KS DEXTERS TEAM z siedzibą przy ul. Lwowskiej 17 w Nowym Sączu danych osobowych w celach marketingowych, na przesyłanie informacji handlowych za pośrednictwem poczty elektronicznej oraz na wykorzystywanie końcowych urządzeń telekomunikacyjnych dla celów marketingu bezpośredniego.

3. **TAK** [  ] wyrażam zgodę

**NIE**[  ] nie wyrażam zgody

Na przetwarzanie przez stowarzyszenie działające pn. KS DEXTERS TEAM z siedzibą przy ul. Lwowskiej 17 w Nowym Sączu danych osobowych mojego dziecka związanych ze stanem zdrowia w celu i zakresie niezbędnym do organizacji treningów, zawodów oraz imprez przez Stowarzyszenie, a także realizacji systemu szkolenia i współzawodnictwa.

4. **TAK** [  ] wyrażam zgodę

**NIE**[  ] nie wyrażam zgody

Na otrzymywanie informacji i korespondencji drogą internetową (udostępniam w tym celu identyfikujący mnie adres elektroniczny) zgodnie z ustawą z dn. 18.07.2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

5. **TAK** [  ] wyrażam zgodę

**NIE**[  ] nie wyrażam zgody

Na użycie zdjęcia w mediach społecznościowych oraz na stronach internetowych prowadzonych przez Klub Sportowy Dexters Team/ udostępnienie mojego wizerunku dla realizacji celów statutowych klubu.

### Ponadto oświadczam że:

**TAK** [  ] **mam** **NIE** [  ] **nie mam** mój syn/córka przeciwwskazań do uprawiania sportu oraz brania udziału w treningach i zawodach sportowych

**TAK** [  ] **NIE** [  ] powyższe dane są zgodne z rzeczywistością

Powyższa zgoda została wyrażona dobrowolnie zgodnie z art. 4 pkt 11 RODO

.....

(Data i podpis rodzina- opiekuna prawnego )