OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znam zasady walki, obowiązujące regulaminy i przepisy. W pełni i bez jakichkolwiek zastrzeżeń zwalniam organizatorów zawodów, sędziów, instruktorów, trenerów, pracowników, przedstawicieli, członków, autoryzowanych i zaproszonych gości od jakiejkolwiek odpowiedzialności wynikającej z zaistniałego wypadku, kontuzji lub utraty zdrowia, którego to wydarzenia mógłbym/mogłabym być ofiarą lub powodem. Ubezpieczenie NNW zawieram we własnym zakresie. Ponadto oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie, potwierdzające mój dobry stan zdrowia.

Wyrażam zgodę, aby wszystkie dostarczone przeze mnie reprodukcje podobizny mojej osoby, stworzone w dowolny sposób oraz wszystkie reprodukcje podobizny mojej osoby wykonane w związku z ww. zawodami były wykorzystywane w dowolnej formie i dowolny sposób, między innymi do celów reklamowych, promocyjnych, w filmach, telewizji, telewizji kablowej, materiałach szkoleniowych i innych nośnikach dźwięku, obrazu i informacji i rezygnuję z wszelkich związanych z tym wynagrodzeń. Rezygnuję również z wszelkich roszczeń, jakie mógłbym/mogłabym mieć w związku z naruszeniem prywatności, zniesławieniem lub w oparciu o wszelkie inne podstawy powództwa, wynikające z wyprodukowania, dystrybucji, nadania, rozpowszechniania, promocji wystawienia na widok publiczny lub wykorzystania w jakikolwiek inny sposób mojej podobizny lub występu utrwalonego na nośnikach dźwięku i obrazu w związku z ww. zawodami. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych zawodników oraz osób nagrodzonych zgodnie z powszechnie obowiązującym prawem a w szczególności Ustawą o ochronie danych osobowych.

Niniejsze oświadczenie nie podlega zmianom ustnym.

Miejscowość:…..... Data:…..…….....

…….....……

Podpis zawodnika/zawodniczki

Wyrażam zgodę na udział w/w prawnego podopiecznego w/w zawodach i akceptuję w/w oświadczenie. Potwierdzam posiadanie wymaganych i aktualnych badań lekarskich przez zawodnika oraz brak przeciwwskazań lekarskich do udziału zawodnika w zawodach.

…….....……

Podpis opiekunów prawnych zawodnika niepełnoletniego

……..... ……

Pieczęć i podpis Kierownika Oddziału Podpis Sędziego Głównego

informujemy, że:

1. Administratorem podanych danych osobowych jest Klub Walki Washi zwany dalej Administratorem.
2. Przetwarzanie podanych danych osobowych jest niezbędne w celu realizacji zawodów.
3. Podstawą przetwarzania podanych danych osobowych jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz art. 13 RODO z dnia 25 maja 2018 r.
4. Podane dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania.
5. Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do podanych danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
6. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Klub Walki Washi podanych danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Proszę wypełnić czytelnie pismem drukowanym.

1 – 8 - wypełnia rodzic/opiekun prawny/kierownik oddziału, 9-11 - wypełnia Komisja Sędziowska

KARTA STARTOWA 3-10-2026

Nazwa Turnieju: Mistrzostwa Województwa Zach-Pom./Washi Cup	
Miejsce : Hala Widowiskowo-Sportowa Czaplinek ul.Wałecka 49	
Organizator: Klub Walki Washi 78-553 Broczyno 57	
1. Nazwisko:	
2. Imię:	3. Rok urodzenia :
4. Sekcja klubu (miejscowość) :	5. Waga :

6. Konkurencja (zaznacz kółkiem wybrane)

Kumite	Kata	Grappling	Shinken Shobu K1

7. Klub (nazwa)

8. Organizacja: POLSKA FEDERACJA KYOKUSHIN KARATE

inna:

9-11 wypełnia Komisja Sędziowska

9. Waga zawodniczki /zawodnika	
10. Podpis zawodniczki /zawodnika	
11.Podpis Komisji Weryfikującej	