



WOJEWÓDZKI SZKOLNY ZWIĄZEK SPORTOWY

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA  
„BIEG PO ZDROWIE”**

<b>IMIĘ</b>	
<b>NAZWISKO</b>	
<b>SZKOŁA</b> (pełna nazwa- Szkoła Podstawowa w .....)	
<b>KATEGORIA WIEKOWA</b>	Igrzyska Dzieci, Igrzyska Młodzieży Szkolnej, Licealiada *
<b>ROK URODZENIA</b>	
<b>ADRES</b> (na który przesłane zostaną ewentualne nagrody)	
<b>Adres mailowy uczestnika</b>	
<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	

\* niepotrzebne skreślić

1. Ja, niżej podpisana/ny .....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego) oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym .....  
..... (imię i nazwisko ucznia), i wyrażam zgodę na jego udział w Biegu po zdrowie.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z założeniami i regulaminem biegu.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Wojewódzki Szkolny Związek Sportowy w Gdańsku. Dane wykorzystywane będą wyłącznie w celu organizacji i właściwego przeprowadzenia „Biegu po zdrowie”.
4. Na podstawie art.24 ust.1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, przyjmuje do wiadomości że: - administratorem danych osobowych jest Wojewódzki Szkolny Związek Sportowy w Gdańsku, ul. Gdyńskich Kosynierów 11, 80-866 Gdańsk. - dane przekazane w ramach przeprowadzenia konkursu, będą przetwarzane wyłącznie w celach ewidencyjnych, kontaktowych, publikacji pracy na stronie [www.wszs.pomorze.pl](http://www.wszs.pomorze.pl) oraz w celu ogłoszenia wyniku konkursu. - mam prawo do wglądu i poprawiania treści danych osobowych mojego dziecka i możliwość żądania uzupełnienia, uaktualnienia i sprostowania. - podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa podania w/w danych jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w imprezie.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ- DATA

.....  
PODPIS RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO  
LUB PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA