

SKM ZASTAL ZIELONA GÓRA

ul. SULECHOWSKA 4A, 65-119 ZIELONA GÓRA,

telefon + 48 68 328 45 81, e-mail: biuro@skmzastal.pl

www.skmzastal.pl

NIP 973-06-63-338 REGON 971264135

Konto: BGŻ SA O.O. Zielona Góra 13 2030 0045 1110 0000 0213 0670

DEKLARACJA KLUBOWA

imię i nazwisko uczestnika zajęć:

data urodzenia (DD-MM-RRRR)....., PESEL

adres zamieszkania ul. nr

kod miejscowość

Tel..... e-mail.....

Dla uczestników niepełnoletnich wymagana jest zgoda rodziców lub prawnych opiekunów dziecka.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach koszykówki SKM ZASTAL Zielona Góra.

Dane rodziców/opiekunów prawnych:

....., tel. e-mail

....., tel. e-mail

Oświadczam, że wstępuję do SKM ZASTAL ZIELONA GÓRA i zobowiązuję się do:

- aktywnego uczestniczenia w realizacji celów Stowarzyszenia i współpracy z jego władzami,
- wspierania akcji podejmowanych z innymi organizacjami,
- terminowego wnoszenia składek członkowskich w wysokości 120 zł/miesięcznie do 10 dnia każdego miesiąca dla roczników od 2001 do 2008 i młodsi
- - terminowego wnoszenia składek członkowskich w wysokości 60zł/miesięcznie do 10 dnia każdego miesiąca dla roczników od 1999 do 2000

Jako prawny opiekun wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach koszykówki meczach, obozach i turniejach, oprócz tego stwierdzam, iż nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa mojego dziecka w zajęciach koszykówki.

Oświadczam, że znam Regulamin SKM ZASTAL ZIELONA GÓRA i warunki uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez Stowarzyszenie Koszykówki Młodzieżowej Zastal Zielona Góra i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
/ miejscowość i data /

.....
/ czytelny podpis uczestnika pełnoletniego
lub rodzica / opiekuna prawnego/

ODCINEK DLA RODZICA

Wpłaty należy dokonywać przelewem na konto bankowe nr 13 2030 0045 1110 0000 0213 0670

(tytuł przelewu - imię i nazwisko dziecka, rok urodzenia oraz miesiąc za który opłacana jest składka) .

Składka w wysokości 120zł (60 zł rocznik 1999-2000) płatna jest do 10 dnia każdego miesiąca.

Podstawą rezygnacji z członkostwa w SKM ZASTAL Zielona Góra jest pisemne podanie do Zarządu Klubu.

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Imię i nazwisko („Zawodnik”)

Niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku Zawodnika przez SKM Zastal Zielona Góra, ul. Sulechowska 4A, 65-001 Zielona Góra („SKM”) lub przez inne podmioty działające na zlecenie lub za zgodą SKM, w tym partnerów i sponsorów SKM lub współorganizatorów zajęć lub zawodów, na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie wizerunku Zawodnika wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, oraz publikowanie, rozpowszechnianie lub umieszczanie wizerunku Zawodnika, także wraz z wizerunkami innych osób, na wszystkich polach eksploatacji, w szczególności w mediach elektronicznych, na stronach internetowych, a także w prasie, broszurach, ulotkach, gazetkach, plakatach itp., bez ograniczenia w zakresie czasu, miejsca lub liczby egzemplarzy.

Zgoda dotyczy wizerunku Zawodnika utrwalonego w szczególności w związku z treningami, zajęciami lub zawodami sportowymi.

Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą Zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw.

SKM może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania z wizerunku na zasadach określonych w niniejszej Zgodzie, w szczególności w celu promocji Zawodnika, działań SKM lub jego sponsorów.

Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie, bez konieczności uiszczenia jakichkolwiek opłat.

Miejscowość i data

Czytelny podpis zawodnika /rodziców / opiekunów prawnych (*niepotrzebne skreślić*):

.....

Oświadczenie

Dot. (imię i nazwisko Zawodnika).....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych*/danych osobowych mojego dziecka* na potrzeby Stowarzyszenia Koszykówki Młodzieżowej „Zastal” Zielona Góra do celów statutowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Administratorem tak zebranych danych osobowych jest Stowarzyszenie Koszykówki Młodzieżowej „Zastal” Zielona Góra;
- 2) Moje dane osobowe*/ Dane osobowe mojego dziecka* będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji programu szkoleniowego dzieci i młodzieży w koszykówce, do celów statutowych, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości;
- 3) Moje dane osobowe*/ Dane osobowe mojego dziecka* mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji programu szkoleniowego, do celów statutowych ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości;
- 4) Podanie danych jest dobrowolne aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w programie szkoleniowym i celach statutowych;
- 5) Mam prawo dostępu do treści swoich danych*/danych mojego dziecka*, ich poprawiania oraz usunięcia zgody w dowolnym momencie.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika
(w przypadku osoby niepełnoletniej
- rodzica/prawnego opiekuna)

* niepotrzebne skreślić