



Warszawa dn.-.....-202...

Dane Zawodnika:

Nazwisko i imię

Miejsce i data urodzenia

Pesel

Miejsce zameldowania

Imiona rodziców/opiekunów prawnych

Telefony kontaktowe:

Mama

Tata

Opiekun prawny

Adres e-mail

Nazwa i adres Szkołki ATP.....

Oświadczam, że ogólny stan zdrowia mojego dziecka pozwala na uczestnictwo w zajęciach pozalekcyjnych sportowych pod okiem trenerów. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach sportowych prowadzonych przez Szkołkę ATP.

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminami Akademii Talentów Piłkarskich zamieszczonymi na stronie www.atp-warszawa.pl i akceptuję ich warunki.

.....

Podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w celach marketingowych na rzecz Akademii Talentów Piłkarskich (strona internetowa, plakaty, banery, foldery, artykuły prasowe).

.....

Podpis rodzica/opiekuna

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji celów statutowych Klubu Sportowego ATP (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawę z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (DZ.U. z 2018 r., poz. 100 z późn. zm.). Państwa dane nigdy nie zostaną udostępnione osobom trzecim.

.....

Podpis rodzica/opiekuna