

....., dnia2017 r.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego* :

Imię i nazwisko dziecka– uczestnika zgrupowania szkoleniowego

- Kadra Łódzkiego Związku Piłki Nożnej

OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych i danych mojego dziecka/wychowanka*, zawartych w zgłoszeniu do **Łódzkiego Związku Piłki Nożnej** z siedzibą w Łodzi, ul. Próchnika 5, 90-408 Łódź, w celu organizacji i przeprowadzenia szkolenia w ramach Kadr Wojewódzkich, zgodnie z obowiązującymi przepisami (ustawa z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Czytelny podpis

2. Zgadzam się na przekazywanie tych danych wyłącznie, **do Ministerstwa Sportu i Turystyki i Polskiego Związku Piłki Nożnej**, a także na ich przetwarzanie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.) tylko w zakresie, w jakim jest to niezbędne do realizacji szkolenia w ramach Kadr Wojewódzkich.

Czytelny podpis

3. Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych i mojego dziecka/wychowanka*, i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia.

Czytelny podpis

4. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka/wychowanka* w materiałach promocyjnych i informacyjnych szkolenia w ramach Kadr Wojewódzkich w tym do publikacji, pokazywania i wykorzystywania w sposób niekomercyjny w dowolnym formacie i we wszystkich mediach.

Czytelny podpis

*Niepotrzebne skreślić

