

Ja niżej podpisany/a zgłaszam chęć uczestnictwa w programach sportowych, rekreacyjnych i innych Olimpiad Specjalnych i proszę o przyjęcie mnie w poczet zawodników / zawodników-partnerów* Stowarzyszenia Olimpiady Specjalne Polska.

Zaświadczam i zareczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem jestem fizycznie i umysłowo zdolny do uczestnictwa w zajęciach Olimpiad Specjalnych. Przyjmuję do wiadomości, że warunkiem uczestnictwa w zajęciach i zawodach sportowych Olimpiad Specjalnych jest posiadanie aktualnych badań lekarskich.

Rozumiem, że jeśli mam Zespół Downa, to mogę być narażony na kontuzje z powodu możliwości zaistnienia niestabilności w stawie szczytowo – obrotowym odcinka szyjnego kręgosłupa w dyscyplinach, w których występuje przeprost, nadmierne zgięcie głowy lub nadmierne uciski na głowę w kierunku osiowym wzdłuż szyi i górnych partii kręgosłupa (czyli w następujących dyscyplinach: jazda konna, gimnastyka, skoki do wody, pięciobój, pływanie – styl motylkowy i skok startowy, skok wzwyż, narciarstwo alpejskie, przysiad w trójboju siłowym i piłka nożna).

Wyrażając zgodę na uczestnictwo w roli zawodnika / zawodnika-partnera* i zezwalam Olimpiadom Specjalnym (tak w czasie trwania zawodów, jak i w każdym późniejszym czasie) na używanie mojej podobizny, nazwiska, głosu, słów w telewizji, radio, prasie i innych środkach masowego przekazu i w każdej innej formie stosowanej w celach reklamy i promocji ruchu Olimpiad Specjalnych / lub zbierania funduszy na cele Olimpiad Specjalnych.

Jeżeli w czasie uczestnictwa w zajęciach Olimpiad Specjalnych będę wymagał nagłej pomocy lekarskiej, a nie będę w stanie wyrazić zgody lub sam zorganizować mojego leczenia z powodu doznanych obrażeń, lub zgody tej nie będzie mógł udzielić mój prawny opiekun lub rodzic, to upoważniam Olimpiady Specjalne do podjęcia wszelkich niezbędnych kroków, aby chronić moje zdrowie i dobre samopoczucie, włączając w to, jeśli będzie taka konieczność, umieszczenie i leczenie w szpitalu.

* niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko zawodnika/zawodnika-partnera*.....
Data i miejsce urodzenia
Adres
PESEL:
Numer orzeczenia o niepełnosprawności**.....
Stopień niepełnosprawności intelektualnej**.....

.....
Data

.....
Podpis zawodnika / zawodnika-partnera*

Jestem rodzicem/opiekunem zawodnika lub osobą, która wyjaśniła postanowienia deklaracji pełnoletniemu zawodnikowi, którego nazwisko znajduje się w tej deklaracji. Zapoznałem się i w pełni rozumiem postanowienia niniejszej deklaracji. Wyjaśniłem je zawodnikowi i stwierdzam, że zawodnik rozumie i zgadza się z treścią oraz warunkami przedstawionymi w deklaracji. Podpisując Deklarację zawodnika również zgadzam się na powyższe postanowienia w moim własnym imieniu i imieniu zawodnika, którego nazwisko podane jest powyżej. *

* Ostatnie zdanie dotyczy rodziców i opiekunów prawnych zawodników niepełnoletnich.

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna / osoby wyjaśniającej:
Adres: tel. :

.....
Data

.....
Podpis rodzica/opiekuna/osoby wyjaśniającej

Zawodnik/zawodnik-partner* uczestniczyć będzie w zajęciach Olimpiad Specjalnych w Klubie OS:
co potwierdza Przewodniczący tego Klubu.

.....
Czytelny podpis Przewodniczącego Klubu

Zawodnik/zawodnik-partner* przyjęty w poczet zawodników Stowarzyszenia Olimpiady Specjalne Polska,
Oddział Regionalny decyzją Komitetu Regionalnego z dnia (pieczętka)

.....
Podpis członka Komitetu Regionalnego

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy zawodnika z niepełnosprawnością intelektualną

W związku z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych, dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych z deklaracji członka przez Olimpiady Specjalne Polska i Oddziały Regionalne.

Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy członek posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich uzupełnienia, sprostowania, aktualizacji i usuwania lub ograniczenia przetwarzania. Informujemy, że ma Pani/Pan prawo do ograniczenia lub wycofania zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Informujemy, że ma Pan/Pani prawo dostępu do danych, prawo do sprostowania i usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do złożenia sprzeciwu na przetwarzanie danych. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może być w dowolnym czasie ograniczona lub wycofana poprzez kontakt e-mailowy :

Podanie danych jest świadome i dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w działaniach statutowych i projektowych Olimpiad Specjalnych Polska.

Dane osobowe, umieszczone w deklaracji, będą używane i przetwarzane jedynie przez Stowarzyszenie Olimpiady Specjalne Polska, 01-199 Warszawa, ul. Leszno 21, tel. / fax. (+48 22) 621 84 18, 625 71 19 w celach związanych z realizacją misji i celów statutowych Olimpiad Specjalnych Polska. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane przez okres członkostwa w Stowarzyszeniu nie krócej niż określają to wymagania zawarte w umowach wsparcia i dofinansowania. Dane osobowe zgodnie z przepisami Special Olympics mogą być przekazywane do krajów trzecich.