**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA OBÓZ SPORTOWY**

Miejsce i termin obozu:

1.Imię i nazwisko uczestnika ................................................................................................................

2.Stopień niepełnosprawności z tytułu utraty wzroku . *(Proszę o załączenie ksero aktualnego orzeczenia poświadczającego niepełnosprawność z tytułu utraty wzroku)*

..............................................................................................................................................................

3. Numer PESEL ……………….........................................................................................................

4.Adres zamieszkania uczestnika: …………………………………………………………………..

..............................................................................................................................................................

5.Dane kontaktowe uczestnika:

Telefon ................................................................ mail:......................................................................

6. Czy uczestnik ma zalecone przez lekarza przeciwwskazania do ćwiczeń

 fizycznych ? nie (.....) tak (.....) - podać jakie:

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

7. Czy u uczestnika występowały w ostatnim roku lub występują obecnie : drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, szybkie męczenie się,

inne............................................................................................................................................

\* właściwe podkreślić !

8. Czy uczestnik jest uczulony (podać na co np. nazwa leku, objawy np. wysypka itp.)

...................................................................................................................................................................

9. Klub, którego członkiem jest uczestnik:

..................................................... ................................................... pieczęć klubu podpis osoby upoważnionej z klubu

Wypełnienie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych w tym danych szczególnej kategorii (dawniej danych „wrażliwych”). Dane te są zbierane w celu rekrutacji uczestników do udziału w obozie sportowym. Ze wszystkimi informacjami na temat przetwarzania danych osobowych mogą się Państwo zapoznać w załączonej do niniejszego formularza klauzuli informacyjnej.

 ...............................................................

 Data i podpis uczestnika