

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**NA OBÓZ SPORTOWY**

Miejsce i termin obozu:

14-26.07.2019 r., Siemiany

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

Stopień niepełnosprawności z tytułu utraty wzroku lub orzeczenie lekarskie *(proszę o załączenie aktualnego orzeczenia poświadczającego niepełnosprawność z tytułu utraty wzroku)*

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

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

Adres zamieszkania uczestnika: ........................................................................... ...................................

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

Dane kontaktowe:

Telefon ...............................................................................................................................................

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

Czy uczestnik ma zalecone przez lekarza przeciwwskazania do ćwiczeń fizycznych ? (podać jakie)

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

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

Inne uwagi o zdrowiu uczestnika, sposobie zachowania, oraz wszelkie informacje o których powinna wiedzieć kadra i organizator obozu:

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

Jestem członkiem Stowarzyszenia „Cross”: TAK / NIE

 (pieczątka klubu) (imię, nazwisko i podpis osoby upoważnionej)

**Oświadczenie uczestnika:**

Oświadczam, że posiadam zgodę lekarza na uczestnictwo w obozie i informuję iż wyrażam zgodę na pobyt na obozie sportowym organizowanym przez Stowarzyszenie „Cross”, oraz że podałem(-am) wszystkie znane mi informacje o swoim stanie zdrowia, które mogą pomóc w zapewnieniu mi właściwej opieki w czasie pobytu.

W razie zaistniałej potrzeby zgadzam się na udzielenie pomocy medycznej i stomatologicznej w placówkach służby zdrowia. W przypadku zagrożenia życia lub zdrowia wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań diagnostycznych, leczenie szpitalne i operacje.

Oświadczam, że zapoznałem (-am) się i akceptuję klauzulę informacyjną o zasadach przetwarzania danych osobowych dla uczestników obozu.

……………………………………………………………………………………………………………

(miejsce i data) (imię, nazwisko i podpis uczestnika)