

# Formularz zgłoszeniowy

**GAP Contest 2024**

**7–8 grudnia 2024 r.**

---

## Dane uczestnika

1. Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_
  2. Data urodzenia: \_\_\_\_\_
  3. Wiek (w dniu zawodów): \_\_\_\_\_
  4. Miasto: \_\_\_\_\_
- 

## Dane prawnego opiekuna (w przypadku osoby niepełnoletniej )

1. Imię i nazwisko opiekuna: \_\_\_\_\_
  2. Numer telefonu kontaktowego: \_\_\_\_\_
  3. Adres e-mail: \_\_\_\_\_
- 

## Oświadczenia

### 1. Akceptacja regulaminu

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem zawodów **GAP Contest 2024**, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

- Tak

### 2. Zgoda na udział w zawodach

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w zawodach **GAP Contest 2024**.

*(Wypełnia tylko opiekun prawny w przypadku osób niepełnoletnich)*

- Tak

### 3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Stowarzyszenie Uczniowski Klub Sportowy Parkour Gdynia w celu organizacji zawodów, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

- Tak

### 4. Zgoda na wykorzystanie wizerunku

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka w materiałach dokumentacyjnych, edukacyjnych oraz promocyjnych związanych z zawodami.

- Tak

5. **Świadomość ryzyka**

Oświadczam, że jestem świadomy/a ryzyka związanego z uczestnictwem w zawodach parkour, w tym możliwości odniesienia urazów, i przyjmuję na siebie odpowiedzialność za podjęcie decyzji o udziale.

*(Wypełnia tylko uczestnik/opiekun prawny w przypadku osób niepełnoletnich)*

- Tak

---

**Podpis uczestnika/opiekuna prawnego**

1. Podpis uczestnika: \_\_\_\_\_

2. Podpis opiekuna prawnego: \_\_\_\_\_

*(Wymagany tylko w przypadku uczestnika niepełnoletniego)*

---

**Informacje dodatkowe (opcjonalne)**

1. Uwagi dotyczące zdrowia uczestnika:

---

---

2. Dodatkowe informacje lub pytania:

---

---

---

**Data wypełnienia formularza:** \_\_\_\_\_