

XXVII Otwarte Mistrzostwa Polski Wushu Kungfu
12-13 czerwca 2021, Warszawa

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Organizacja:

Imię i nazwisko uczestnika:

Pesel: **Telefon osoby podpisującej:**

Płeć: M / F*

Numer licencji zawodniczej:.....

Status: zawodnik / kierownik drużyny / trener / lekarz / opiekun*

**podkreśl właściwe*

Część A

1. Czy w okresie krótszym niż 14 dni od daty rozpoczęcia zawodów miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która zachorowała na koronawirus SARS COV-2?
TAK NIE
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
TAK NIE
3. Czy Pan(i) dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
TAK NIE
4. Czy występują u Pana(i) objawy?
 Gorączka powyżej 38°C Kaszel Uczucie duszności- trudności w nabraniu powietrza
 Żadne z powyższych

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Podpis uczestnika

Podpis rodzica/opiekuna

Data

UWAGA!!!

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól i podpisy pod częścią A i B oświadczenia.

Część B

Ja, niżej podpisana/y

zgłaszam swój udział w zawodach sportowych XXVII Otwarte Mistrzostwa Polski Wushu Kungfu), których organizatorem jest Polski Związek Wushu z siedzibą w Warszawie, ul. Pileckiego 122. Miejscem zawodów jest Centrum Sportu Wilanów, ul. Wiertnicznej 26A w Warszawie.

Niniejszym oświadczam, że biorę na siebie wszelkie ryzyko urazów fizycznych oraz innych szkód, które mogą wynikać z mojego uczestnictwa w zawodach. Oświadczam, że mam pełną świadomość tego, iż wszelka pomoc medyczna lub leczenie udzielone mi przez obsługę medyczną zapewnioną przez organizatora zawodów sportowych, tj Polski Związek Wushu, a także ich pracowników, przedstawicieli, wolontariuszy oraz inne osoby z nimi związane będą miały wyłącznie charakter pierwszej pomocy. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mam obowiązek posiadania stosownego zaświadczenia lekarskiego o możliwości udziału w zawodach sportowych oraz ubezpieczenie NNW i kosztów leczenia na okres trwania zawodów. Zgadzam się postępować zgodnie z obowiązującymi podczas XXVII Otwartych Mistrzostw Polski Wushu Kungfu regulaminami określonymi przez Polski Związek Wushu, Międzynarodową Federację Wushu i Europejską Federację Wushu Kungfu. Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie protesty zgłaszane podczas zawodów XXVII Otwartych Mistrzostw Wushu Kungfu muszą być zgodne z zasadami określonymi w powyższych regulaminach. Zgadzam się, aby moje występy, obecność i udział w XXVII Otwartych Mistrzostwach Polski Wushu Kungfu były filmowane bądź w inny sposób rejestrowane, rozpowszechniane podczas transmisji i retransmisji telewizyjnej i w innych mediach. Udzielam Polskiemu Związkowi Wushu zgody na wykorzystywanie w celach informacyjnych i promocyjnych podejmowanych przez Polski Związek Wushu mojego wizerunku, nazwiska, głosu, zdjęć wykonywanych podczas XXVII Otwartych Mistrzostw Wushu Kungfu. Niniejszym zrzekam się związanego z tym wynagrodzenia.

W przypadku uczestników poniżej 18-go roku życia wymagany jest podpis rodzica lub opiekuna prawnego.

***Wyrażam również zgodę na gromadzenie, a także wprowadzanie do systemów teleinformatycznych danych osobowych na potrzeby realizacji i rozliczenia zadania dofinansowanego ze środków publicznych.**

*** Administratorem danych jest Polski Związek Wushu, ul. Pileckiego 122, 02-781 Warszawa.**

*** Przekazane dane będą wykorzystane wyłącznie dla celów przeprowadzenia zawodów, obowiązków sprawozdawczych, regulacjami związanymi z SARS COV 2 oraz działalnością statutową PZ Wushu.**

***Przyjmuję do wiadomości fakt możliwości cofnięcia w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, o czym poinformuję niezwłocznie w formie pisemnej Zarząd PZ Wushu.**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią oświadczenia i akceptuję jego zapisy potwierdzając ten fakt własnoręcznym podpisem.

Podpis uczestnika

Podpis rodzica/opiekuna

Data

UWAGA!!!

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól i podpisy pod częścią A i B oświadczenia.