miasto ……………., dnia……………..

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego
zawodnika kadry narodowej Polskiego Związku Alpinizmu**

**na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisany/-a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych dziecka………………………………/imię i nazwisko/ przez Polski Związek Alpinizmu z siedzibą w Warszawie (adres: 00-561 Warszawa ul. Mokotowska 24) dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań statutowych Polskiego Związku Alpinizmu, zadań realizowanych na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki, Polskiego Komitetu Olimpijskiego, międzynarodowych federacji sportowych, w których PZA jest zrzeszone oraz badań
w Centralnym Ośrodku Medycyny Sportowej.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych, jak również możliwości ich poprawienia.
Swoje dane podałem/-am dobrowolnie.

Imię i nazwisko matki lub opiekuna prawnego /drukiem/

PESEL matki lub opiekuna prawnego

Podpis matki lub opiekuna prawnego

Imię i nazwisko ojca lub opiekuna prawnego /drukiem/

PESEL ojca lub opiekuna prawnego

Podpis matki lub opiekuna prawnego