

OŚWIADCZENIE

**Uczestnika akcji szkoleniowej (konsultacje, zgrupowanie, obóz sportowy) / zawodach
(organizowanych przez lub pod patronatem PZA)**

w okresie zagrożenia zakażeniem SARS-Cov-2

Wypełniać czytelnie, komputerowo lub drukowanymi literami

Dane dziecka

1. Imię dziecka	2. Nazwisko dziecka
3. Data urodzenia dziecka	4. Miejsce urodzenia dziecka (miasto)
5. Miasto (miejsca zamieszkania)	6. Kod pocztowy (miejsca zamieszkania)
7. Ulica (miejsca zamieszkania)	8. Nr domu / lokalu
9. Województwo	10. Telefon kontaktowy do rodzica
11. Inny telefon kontaktowy (opcjonalnie)	12. Adres e-mail rodzica (opcjonalnie)
13. PESEL dziecka	14. Numer telefonu dziecka

Szczegóły dotyczące akcji szkoleniowej / zawodów (wypełniać zgodnie z Kalendarzem Imprez PZA dostępnym pod adresem: www.pza.org.pl/sport)

1. Nazwa akcji / zawodów	
2. Data akcji / zawodów	3. Miejsce akcji / zawodów

Oświadczenie rodzica / prawnego opiekuna:

1. Ja niżej podpisany/a, oświadczam że, nie mam objawów zakażenia koronawirusem SARS-Cov-2 wywołującego chorobę COVID-19 oraz nie miałem/am kontaktu z osobą zakażoną oraz z osobą przebywającą na kwarantannie.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z aktualnie obowiązującymi procedurami na podstawie wytycznych przeciwepidemicznych Ministerstwa Zdrowia
3. Oświadczam, że sytuacja związana z zagrożeniem epidemiologicznym w mojej rodzinie przedstawia się następująco:
 - Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani za granicą? TAK/NIE
 - Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą? TAK/NIE
 - Czy Pan/Pani lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? TAK/NIE
 - Czy obecnie występują u Pana/Pani objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? TAK/NIE
 - Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników? TAK/NIE

Zgodę należy przekazać przedstawicielowi PZA podczas rejestracji na akcję szkoleniową / zawody.

4. Oświadczam, że zapoznałem się z aktualnie obowiązującymi przepisami i regulacjami (regulaminy i komunikaty dotyczące akcji szkoleniowych / zawodów publikowane na stronie www.pza.org.pl) i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zgodnie z *ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 922) oraz od 25 maja 2018 r. – Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz swobodnego przepływu tych danych nr 2016/679 (RODO)*, dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań statutowych i ustawowych, Polskiego Związku Alpinizmu, oraz zadań realizowanych na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki, Polskiego Komitetu Olimpijskiego, międzynarodowych federacji sportowych, w których PZA jest zrzeszone. Jestem świadomy/a prawa dostępu do moich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania i usunięcia.

Miasto dnia

(czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego zawodnika)

*proszę o podpisanie wszystkich stron oświadczenia