

PŘIHLÁŠKA

do klubu Labská Výzva, z. s.

Veškeré údaje do přihlášky vypisujte tiskacím písmem a čitelně.

Příjmení: _____

E-mail: _____

Telefon: _____

Ulice: _____

Město: _____

PSČ: _____

Datum narození: _____

Výběr členství (zaškrtněte):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- a) Chci být členem, závodit pod stejným jménem. Nechci chodit na tréninky v Milovicích
- b) Chci být členem, závodit pod stejným jménem. Chci chodit na tréninky v Milovicích (2019).

Jak často chcete chodit na triatlonové tréninky?

Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek	Sobota	Neděle	Nechci

Svým podpisem na přihlášce stvrzujete následující podmínky:

- 1) Přečetl/a jsem si podmínky pro zápis členství, stanovy klubu Labská Výzva, z. s. a znám podstatu mého členství a souhlasím se registrováním.
- 2) Souhlasím se zpracováním a evidencí osobních údajů podle zák. č. 101/2000Sb., v platném znění a souhlasím s využitím data narození podle zákona č. 133/2000Sb., v platném znění.
- 3) Souhlasím s tím, aby zapsaný spolek zpracovával a evidoval mé poskytnuté osobní údaje v souvislosti s mým členstvím a činností v zapsaném spolku.
- 4) Dále souhlasím s tím, že zapsaný spolek je oprávněn poskytovat uvedené osobní údaje, vč. rodného čísla / data narození, do centrální evidence příslušného sportovního svazu. Toto oprávnění vyplývá z organizačních důvodů (identifikace sportovce na závodech, apod.). Osobní údaje je zapsaný spolek oprávněn zpracovávat a evidovat i po ukončení mého členství v
- 5) Prohlašuji, že jsem byl/a řádně informován/a o všech skutečnostech dle ustanovení §11 zákona č. 101/2000Sb., v platném znění.

Svým podpisem také prohlašujete a souhlasíte se zdravotními prohlídkami (pro členy docházející na tréninky):

- 1) Prohlašuji, že jsem absolvoval/a vstupní prohlídku podle §4 vyhl. Ministerstva zdravotnictví č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, a podle lékařského posudku jsem zdravotně způsobilý k triatlonu.
- 2) Současně prohlašuji, že po dobu mého členství ve spolku budu docházet vždy jednou za 12 měsíců na pravidelnou lékařskou prohlídku podle §5 vyhlášky č. 391/2013 Sb.

Dne _____

Podpis _____

Přihlášku přijal _____

