



# Wojewódzki Szkolny Związek Sportowy w Gdańsku

ul. Gdyńskich Kosynierów 11, 80-866 Gdańsk  
Tel.: 58 301 99 45



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA – NAUCZYCIELA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO „BIEG PO ZDROWIE”

<b>IMIĘ</b>	
<b>NAZWISKO</b>	
<b>SZKOŁA</b> (pełna nazwa- Szkoła Podstawowa w .....	
<b>ADRES</b> (na który przesłane zostaną ewentualne nagrody)	
<b>Adres mailowy uczestnika</b>	
<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>	

1. Ja, niżej podpisana/ny .....  
oświadczam, że zapoznałam/em się z założeniami i regulaminem biegu.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Szkolny Związek Sportowy w Gdańsku. Dane wykorzystywane będą wyłącznie w celu organizacji i właściwego przeprowadzenia „Biegu po zdrowie”.

4. Na podstawie art.24 ust.1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, przyjmuję do wiadomości że: - administratorem danych osobowych jest Wojewódzki Szkolny Związek Sportowy w Gdańsku, ul. Gdyńskich Kosynierów 11, 80-866 Gdańsk. - dane przekazane w ramach przeprowadzenia konkursu, będą przetwarzane wyłącznie w celach ewidencyjnych, kontaktowych, publikacji pracy na stronie [www.wszs.pomorze.pl](http://www.wszs.pomorze.pl) oraz w celu ogłoszenia wyniku konkursu. - mam prawo do wglądu i poprawiania treści danych osobowych mojego dziecka i możliwość żądania uzupełnienia, uaktualnienia i sprostowania. - podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa podania w/w danych jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w imprezie.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ- DATA

.....  
PODPIS UCZESTNIKA