

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/CZKI**  
**ZAWODY CROSSFIT ADAPTIVE- BRAK BARRIER BATTLE 2024**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Imię i Nazwisko</b>            |  |
| <b>PESEL</b>                      |  |
| <b>Płeć (zaznacz odpowiednie)</b> | <input type="checkbox"/> kobieta<br><input type="checkbox"/> mężczyzna |

|   |   |
|---|---|
| <b>Miejscowość i kod pocztowy</b>   |   |
| <b>Województwo</b>  |   |
| <b>Telefon</b>  |   |
| <b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>   |   |
| <b>Posiadam status osoby niepełnosprawnej:</b>  | <input type="checkbox"/> tak (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)<br><input type="checkbox"/> nie |
| <b>W przypadku odpowiedzi TAK posiadam stopień/ niepełnosprawność (zaznacz odpowiednie)</b> | <input type="checkbox"/> znaczny, <input type="checkbox"/> umiarkowany, <input type="checkbox"/> lekki  |
| <b>Grupa schorzeń (zaznacz odpowiednie)</b>   | <input type="checkbox"/> paraplegia<br><input type="checkbox"/> tetraplegia<br><input type="checkbox"/> przepuklina - oponowo – rdzeniowa<br><input type="checkbox"/> dziecięce porażenie mózgowe<br><input type="checkbox"/> inne            |

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego.

.....  
 Miejscowość, data

.....  
 CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI

## OŚWIADCZENIE ZAWODNIKA/CZKI

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Zawodach Brak Barrier Battle 2024 oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.
2. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Zawodach Brak Barrier Battle 2024 zawartymi w Regulaminie Zawodów oraz akceptuję wszystkie postanowienia Regulaminu Zawodów.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Zawodach.
4. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Organizatora Zawodów o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(podpis Zawodnika/czki)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(PESEL)

## **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA ZAWODÓW O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu zgłoszeniowym, przez Administratora danych osobowych - Fundację Brak Barrier z siedzibą w Krakowie przy ul. Mogiłskiej 69 A, 31-545 Kraków, NIP 6751632353, REGON 369216257, KRS 0000712105 w celach związanych z realizacją Zawodów Crossfit Adaptive – Brak Barrier Battle 2024. Dane nie będą udostępniane innym odbiorcom, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000) i Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania i aktualizacji, prawie do zmiany danych osobowych, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie. Masz również prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych lub wobec przekazywania ich innemu administratorowi danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w Projekcie. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych możesz się skontaktować z wyznaczonym przez nas Inspektorem ochrony danych - przesyłając email na adres: [biuro@brakbarier.org](mailto:biuro@brakbarier.org).

.....  
Data i podpis Uczestnika/czki



## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Ja niżej podpisany/a

.....  
Imię (imiona) i nazwisko

PESEL

.....  
Numer PESEL

Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację fotografii oraz nagrań filmowych z moim udziałem wykonanych podczas zawodów Crossfit Adaptive – Brak Barrier Battle 2024 , realizowanych przez Fundację Brak Barrier w materiałach informacyjno-promocyjnych w social mediach i na stronach internetowych zgodnie z ustawą z dnia 04 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. nr 90 poz. 631 z późn. zm.). Ponadto oświadczam, że dobrowolnie podaję swoje dane osobowe w powyżej wskazanym celu i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie na zasadach określonych w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000) i Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania i aktualizacji, prawie do zmiany danych osobowych, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie. Mam również prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych lub wobec przekazywania ich innemu administratorowi danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Administratora danych osobowych - Fundację Brak Barrier z siedzibą w Krakowie przy ul. Mogiłskiej 69 A, 31-545 Kraków, NIP 6751632353, REGON 369216257, KRS 0000712105.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis