



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA OBÓZ SPORTOWY

Miejsce i termin obozu:

1. Imię i nazwisko uczestnika .....

2. Stopień niepełnosprawności z tytułu utraty wzroku . *(Proszę o załączenie ksero aktualnego orzeczenia poświadczającego niepełnosprawność z tytułu utraty wzroku)*

.....

3. Numer PESEL .....

4. Adres zamieszkania uczestnika: .....

.....

5. Dane kontaktowe uczestnika:

Telefon ..... mail:.....

6. Czy uczestnik ma zalecone przez lekarza przeciwwskazania do ćwiczeń fizycznych? nie (.....) tak (.....) - podać jakie:

.....

.....

.....

7. Czy u uczestnika występowały w ostatnim roku lub występują obecnie : drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, szybkie męczenie się,

inne.....

\* właściwe podkreślić !

8. Czy uczestnik jest uczulony (podać na co np. nazwa leku, objawy np. wysypka itp.)

.....

9. Klub, którego członkiem jest uczestnik:

.....

pieczęć klubu

.....

podpis osoby upoważnionej z klubu

Wypełnienie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych w tym danych szczególnej kategorii (dawniej danych „wrażliwych”). Dane te są zbierane w celu rekrutacji uczestników do udziału w obozie sportowym. Ze wszystkimi informacjami na temat przetwarzania danych osobowych mogą się Państwo zapoznać w załączonej do niniejszego formularza klauzuli informacyjnej.

.....

Data i podpis uczestnika

STOWARZYSZENIE KULTURY FIZYCZNEJ, SPORTU I TURYSTYKI NIEWIDOMYCH I

SŁABOWIDZĄCYCH „CROSS” Konwiktorska 9, 00-216 Warszawa

tel. 22 412 18 80 e-mail: [biuro@cross.org.pl](mailto:biuro@cross.org.pl)