Přihláška do TJ Fezko Strakonice

za člena oddílu : závodní plavání

příjmení a jméno : …………………………………………………………………………..

rodné číslo : …………………………, datum narození…………………………….

bydliště

ulice, č.popisné : …………………………………………………………………………..

obec, PSČ : …………………………………………………………………………..

Souhlas se zpracováním a evidencí osobních údajů podle zákona č.101/2000 sb.

Souhlasím s tím, aby TJ Fezko Strakonice zpracovávala a evidovala mé osobní údaje poskytnuté jí v souvislosti s mým členstvím a činností v TJ Fezko Strakonice.

Dále souhlasím s tím, že TJ Fezko Strakonice je oprávněna poskytovat uvedené osobní údaje do centrální evidence příslušného sportovního svazu. Toto oprávnění vyplývá z technicko - organizačních důvodů ( identifikace sportovce při soutěžích apod. ).

Údaje je TJ Fezko oprávněna zpracovávat a evidovat i po ukončení členství v TJ Fezko Strakonice.

Prohlašuji, že jsem byl řádně informován o všech skutečnostech dle ustanovení § 11 zákona č. 101/2000 Sb.

Strakonice : ………………………….

……………………………………………

podpis člena / u osob mladších 15 let souhlas zákonného zástupce

telefon na člena : domů : …………………… mobil : ………………………

spojení na rodiče : domů : …………………… zaměstnání : ………………………

mobil : otec ………………… matka : ………………………

kontaktní e-mail:………………………………………………………………………………

dále přinést : souhlas se zpracováním osobních údajů GDPR, potvrzení od lékaře

Potvrzení lékaře :

Strakonice : ……………………

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI KE SPORTU**

vydaný ve smyslu zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

|  |  |
| --- | --- |
| Vysílající organizace: | TJ FEZKO Strakonice |
| Adresa sídla: | Pod Hradem 128, 386 01 Strakonice |
| IČO: | 16820088 |
|  |  |
| Prohlídku hradí: | * sportovec TJ |
|  |  |
| Jméno sportovce: |  |
| Datum narození: |  |
| Sportovní zařazení: | Závodní plavání |
| Úroveň soutěže: |  |
| Bližší specifikace: |  |
| Druh prohlídky: | * vstupní periodická mimořádná |
|  |  |
| Posuzovaná osoba je k tomuto sportu: | * Zdravotně způsobilá |
|  | * Zdravotně nezpůsobilá |
|  | * Zdravotně způsobilá s podmínkou: |
|  |  |
|  | * Dlouhodobě ztratila zdravotní způsobilost |
|  |  |
| Datum vystavení posudku: |  |
| Jméno a podpis lékaře: |  |
| Omezení platnosti do: |  |

* Nehodící se škrtněte

|  |  |
| --- | --- |
| Sportovec převzal posudek dne: |  |
| Podpis sportovce/Jméno a podpis zákonného zástupce: |  |
| TJ převzala posudek dne: |  |
| Jméno a podpis zástupce TJ: |  |