**LISTA ZAWODNIKÓW**

**…………………………………………………………………..**

**NAZWA KLUBU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Imię zawodnika** | **Nazwisko zawodnika** | **Data urodzenia** | **Numer koszulki** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |  |
| **16.** |  |  |  |  |

**Trener…………………………………… nr licencji…………………............ nr telefonu………………………………**

**Kierownik Drużyny ……………………………………………**

Warszawa ……………..

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisany ……………………………………..…………………………………….

legitymujący się dowodem osobistym numer ……………………………..………………….

niniejszym oświadczam, że zawodnicy drużyny

**……………………………………………….** wpisani do protokołu turnieju:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………

rozgrywanych w dniu roku posiadają ważne badania lekarskie, na

podstawie których mogą brać udział w powyższym turnieju.

Jednocześnie akceptuję regulamin turnieju, zostałem poinformowany, że ubezpieczenie zawodników Klub powinien wykupić we własnym zakresie.

Miejsce, w którym odbywa się Turniej jest mi znane, akceptuję je (po poinformowaniu zawodników i ich rodziców, otrzymałem informację o ich akceptacji), nie widząc przeciwwskazań do rozgrywania na tym obiekcie zawodów.

…………………………………………………. podpis kierownika drużyny/ trenera

**Mazowiecki Związek Piłki Nożnej Warszawa, ul. Puławska 111 A/lok.50**

# OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że spełniam określone poniżej warunki umożliwiające udział w dniu 2022r., oraz:

1. Nie jestem osobą zakażoną COVID-19 (obecnie nie występują u mnie ani moich domowników oraz nie występowały w ciągu ostatnich dwóch tygodni objawy infekcji m.in. gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła),
2. Nie mieszkam wspólnie z osobami będącymi na obowiązkowej izolacji lub kwarantannie.
3. W ciągu ostatnich 14 dni nie miałem/łam kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie, zachorowanie lub skierowanie do izolacji.
4. Jestem świadoma/y, iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników wydarzenia.
5. Przyjmuję do wiadomości, że ponoszę całkowitą odpowiedzialność za podanie nieprawidłowych informacji w zakresie mojego stanu zdrowia.
6. Oświadczam, iż znane mi są zasady bezpieczeństwa obowiązujące w czasie trwania epidemii lub w okresie podwyższonego ryzyka.
7. Zobowiązuję się również do przekazania informacji, gdyby w trakcie wydarzenia lub okresie bezpośrednio po wydarzeniu, pojawiły się zmiany w stanie mojego zdrowia, które mogą wskazywać na zakażenie koronawirusem.

 Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

# Mazowiecki Związek Piłki Nożnej Warszawa, ul. Puławska 111 A/lok.50

jako administrator danych informuje, że Państwa dane **będą przetwarzane w celach związanych z przygotowaniem i organizowaniem wydarzenia, w szczególności zapewnienia bezpieczeństwa uczestników, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) oraz na podstawie ustaw i rozporządzeń dotyczących epidemii COVID-19 (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. i RODO).** Przysługuje Pani/u prawo żądania dostępu, aktualizacji, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu na dalsze ich przetwarzanie na zasadach określonych w art. 15-22 RODO. Dane mogą być udostępniane podmiotom, które są upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa, mogą zostać udostępnione również GIS (Główny Inspektorat Sanitarny) i służbom porządkowym. W sprawach spornych dotyczących przetwarzania danych osobowych przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO (uodo.gov.pl). Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do spełnienia wskazanego celu. **Dane będą przetwarzane przez okres do miesiąca czasu po zakończeniu wydarzenia**.

# Mazowiecki Związek Piłki Nożnej pobiera od Państwa dane kontaktowe w postaci imienia, nazwiska, nr telefonu lub adresu e-mail na wypadek stwierdzenia u któregoś z uczestników zakażenia SARS-CoV-2 w celu poinformowania Państwa o ewentualnym kontakcie z osoba zakażoną.

**……………………………………………….. …………………………………………. ………………………….**

**Imię i nazwisko nr telefonu data i podpis**