

PŘIHLÁŠKA DO SPOLKU Karate SK KP z.s.
Srbská 116/4, 612 00 Brno, IČO: 06953191
Číslo účtu: 2401424436 / 2010

Jméno a příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____ PSČ _____

Přechodné bydliště: _____ PSČ _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Telefon vlastní: _____ rodičů (příbuzných): _____

e-mail: _____

Trénink karate je na vlastní nebezpečí. Pro tyto účely se doporučuje uzavřít úrazové pojištění. Každý člen je povinen jednou ročně absolvovat lékařskou prohlídku.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a a souhlasím s platnými stanovami spolku, jehož členem se chci stát. Jsem připraven/a respektovat výrok schůze výboru spolku, který rozhoduje o členství. Stvrzuji, že v případě vzniku mého členství budu plnit veškeré povinnosti člena spolku, budu se aktivně podílet na spolupráci a naplňování cílů spolku a budu se řídit stanovami a vnitřními předpisy spolku, se kterými jsem se seznámil/a, stejně tak, jako rozhodnutími orgánů spolku.

Souhlas se zpracováním osobních údajů dle zák. č. 101/2000 Sb. v platném znění a Nařízení EU 2016/679

Udělují tímto svobodný a vědomý souhlas Správci a Zpracovateli **Karate SK KP z.s., IČO 06953191** ke zpracování a evidenci mých osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu vč. rodného čísla, a to pro vnitřní potřebu spolku (naplnění cílů spolku, přístup k informačním technologiím).

Souhlasím, že mé osobní údaje mohou být poskytnuty dalším subjektům (zejména úřadům, veřejným institucím či sportovním oddílům), a to pouze v nezbytném rozsahu a za účelem realizace spolkové činnosti či naplnění zákonných povinností.

Tento souhlas udělují na dobu mého členství ve spolku a dále na 5 let po ukončení členství.

Souhlasím / Nesouhlasím *), aby na spolkových akcích byla zaznamenávána moje podoba (fotografie, videozáznam) a aby tyto záznamy byly používány pro účely prezentace spolkové činnosti.

Prohlašuji, že jsem si vědom svého práva udělené souhlasy kdykoliv odvolat, vyžádat si informace o jejich zpracování a uchovávání a vyžádat si jejich opravu a umožnění přenesení.

**) nehodící se škrtněte*

Datum: _____ Podpis žadatele nebo zákonného zástupce: _____

Příloha: potvrzení lékaře