

FORMULARZ OSOBOWY ZAWODNIKA AKADEMII BE FREESTYLE

Dane Osobowe

dzień/miesiąc/rok

Imię i nazwisko Zawodnika

Data urodzenia

Imię i nazwisko Opiekuna¹

E-mail

**Telefon kontaktowy
(kom. do Opiekuna)**

Adres zamieszkania

Prosimy o podanie informacji o stanie zdrowia Zawodnika

Choroby, przeciwwskazania

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych Opiekuna oraz danych osobowych Zawodnika wyżej podanych przez Be Freestyle sp. z o.o. w zakresie realizacji umowy o świadczenie usługi w postaci zajęć piłkarskich, organizacji wyjazdów szkoleniowych oraz na zawody sportowe, prowadzenia rejestrów postępów szkoleniowych zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Nr 101, poz. 926).
2. wyrażam zgodę Be Freestyle sp. z o.o. na przesyłanie informacji handlowych o nowych ofertach zgodnie z art. 10 ust. 2 Ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. Nr 144, poz. 1204).

miejsowość / data

czytelny podpis Zawodnika / Opiekuna

¹ Dotyczy przypadku zgłaszania Zawodnika przez Opiekuna.