

## PŘIHLÁŠKA DO SK OSTRAVÁČEK, z.s.

Příjmení : Jméno :  
Rodné číslo: Datum narození:  
Bydliště :  
Ulice/čp. : Obec :  
PSČ :  
Telefon (matka): email:  
Telefon (otec): email:  
Škola, třída:

### SOUHLAS se zpracováním a evidencí osobních údajů

**se zpracováním a evidencí osobních údajů podle zákona č.101/2000Sb. v platném znění a souhlas s využitím rodného čísla podle zákona 133/2000Sb. v platném znění.**

*Souhlasím se zpracováním a evidováním mých osobních údajů v souvislosti s evidencí mého členství ve sportovním oddílu a v souvislosti s evidencí mých sportovních výsledků, a to společnými správci, kterými jsou sportovní oddíl **SK Ostraváček z.s.**, IČ: 26560712 se sídlem Edisonova 407/ 00 Ostrava 700 30, a spolek **Český atletický svaz**, IČ: 005 39 244, se sídlem Diskařská 2431/4, Břevnov, 169 00 Praha 6 (dále jen "Český atletický svaz")*

*Osobní údaje, včetně rodného čísla, je SK oprávněn zpracovávat a evidovat i po ukončení mého členství v SK. Prohlašuji, že jsem byl/a řádně informován/a o všech skutečnostech dle ustanovení paragrafu 11 zákona č.101/2000Sb., v platném znění.*

*Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů pro marketingové účely Českého atletického svazu, včetně zasílání obchodních sdělení Českým atletickým svazem na moji e-mailovou adresu. Tento souhlas mohu kdykoliv odvolat a mé osobní údaje nebudou pro tento účel nadále zpracovávány. Podrobnější informace o zpracování osobních údajů lze nalézt na internetové adrese [www.skostravacek.com](http://www.skostravacek.com) nebo mi budou poskytnuty sportovním oddílem na vyžádání v textové podobě. Tyto informace o zpracování osobních údajů se nevztahují na zpracování osobních údajů prováděných samostatně sportovním oddílem.*

*Prohlašuji, že jsem absolvoval/a vstupní prohlídku podle § 4 vyhl. Ministerstva zdravotnictví č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, a podle lékařského posudku ze dne ..... jsem zdravotně způsobilá/ý k atletice. Současně se zavazuji, že po dobu mé registrace v SK a ČAS absolvuji vždy jednou za 12 měsíců pravidelnou lékařskou prohlídku podle § 5 vyhlášky č. 391/2013 Sb.*

*Současně se zavazuji zaplatit členské příspěvky do 25.9.2019 a beru na vědomí, že tyto příspěvky jsou nevratné.*

V ..... dne ..... vlastnoruční podpis \_\_\_\_\_  
(u osob mladších 15 let souhlas zákonných zástupců)