



4 TURNIEJ SIATKÓWKI AMATORSKICH DRUŻYN MIESZANYCH O PUCHAR STAROSTY PSZCZYŃSKIEGO

Pszczyna, 20 kwietnia 2024 r.

.....
(nazwa zespołu)

Oświadczam, że jestem zdrowy i posiadam zgodę lekarza na udział w IV Turnieju Siatkówki Amatorskich Drużyn Mieszanych o Puchar Starosty Pszczyńskiego oraz występuje w rozgrywkach na własną odpowiedzialność. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję Regulamin IV Turnieju Siatkówki Amatorskich Drużyn Mieszanych o Puchar Starosty Pszczyńskiego i wyrażam w pełni dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych identyfikacyjnych oraz nieodpłatną publikację wizerunku w celu określonym w pkt. 3 klauzuli informacyjnej RODO

Numer na koszulce	Imię i nazwisko	Podpis

.....
(kapitan zespołu)