

# TEST COOPERA DLA WSZYSTKICH

NUMER STARTOWY

GODZINA STARTU

MIEJSCOWOŚĆ

DATA

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Niniejszym potwierdzam chęć uczestnictwa w TEŚCIE COOPERADLA WSZYSTKICH. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzenia ww. imprezy i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki / statystyki / publikacja w prasie i internecie). Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)(Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO Administratorem danych osobowych jest AZS Warszawa ul. Szpitalna 5 m 19 00- 031 Warszawa. [warszawa@azs.pl](mailto:warszawa@azs.pl); 22 828-59-55. Celem przetwarzania poniższych danych jest określenie poziomu kondycji fizycznej danego uczestnika zgodnie z tabelami Coopera oraz zamieszczenie wyniku na stronie internetowej [www.testcoopera.pl](http://www.testcoopera.pl) (co jest nieodłącznym elementem tych zawodów). Podanie danych jest dobrowolne jednak niezbędne do udziału w wydarzeniu. Dane będą przetwarzane w czasie trwania projektu testcoopera.pl i mogą służyć do tworzenia analiz statystycznych oraz anonimowej rejestracji w Narodowej Bazie Talentów (dane: data urodzenia, waga, pokonany dystans).

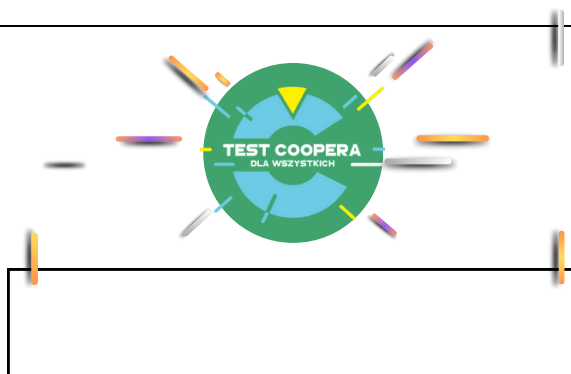
## DANE UCZESTNIKA

IMIĘ

NAZWISKO

SZKOŁA/UCZELNIA/KLUB/ORGANIZACJA

ROK URODZENIA/WIEK



PODPIS UCZESTNIKA

## OŚWIADCZENIE PRAWNEGO OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Ja niżej podpisana / podpisany, oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby wskazanej w górnej części niniejszej deklaracji i wyrażam zgodę na jej udział w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzenia TESTU COOPERA DLA WSZYSTKICH. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie danych ww. osoby w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki / statystyki / publikacja w prasie i internecie) zgodnie z oświadczeniem powyżej, które stanowi integralną część zgody. Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia ww. osoby pozwala jej na udział w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH.

IMIĘ

NAZWISKO

NUMER KONTAKTOWY

PODPIS PRAWNEGO OPIEKUNA OSOBY  
NIEPEŁNOLETNIEJ