**Dane zawodnika:**

Nazwisko i imię ……………………………………………………………….………………………..

Imiona rodziców………………………………………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania ………………………..………………...……………………………………..

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………………..

PESEL ……………………………………………………………….……..…………………………..

Numer Licencji …………………………………………………………………………………..……..

Klub Sportowy ………………………………………………………………………..………………..

Nazwisko i imię trenera ………………………………………………...……………………………..

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/ny ………………………………………………………… wyrażam zgodę na

Imię i nazwisko

przetwarzanie moich danych osobowych przez Śląski Związek Judo w celach ewidencyjnych, podatkowych, ubezpieczeniowych, sprawozdawczych oraz wyrażam zgodę na umożliwienie ich dalszego przetwarzania w celu realizacji umów zawartych z Ministerstwem Sportu i Turystyki oraz Urzędem Marszałkowskim Województwa Śląskiego i Śląską Federacja Sportu.

……………………….………………….……………

 Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę