



Poniższe pola wypełnia organizator

--	--	--	--

Numer startowy

Godzina Startu

Miejscowość

data

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Niniejszym potwierdzam chęć uczestnictwa w TEŚCIE COOPERA DLA 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/Drużyna			
Data urodzenia	RRRR / MM / DD	Wiek (lata)	Przebyty dystans (metry) wypełnia organizator

.....  
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.

Nazwisko		Imię	
Adres (ulica, nr domu / mieszkania, kod, miejscowość)			
Telefon kontaktowy		Rodzaj, seria i numer dowodu tożsamości	

UWAGA ! Wszystkie pola są obowiązkowe.

.....  
Podpis prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej