

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU FUTBOL PLUS
Dane osobowe zawodnika/zawodniczki

Imię i Nazwisko												
Data urodzenia			PESEL									

Adres zamieszkania/dane kontaktowe zawodnika/zawodniczki

Ulica z nr domu i mieszkania			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Numer telefonu		E-mail	
Województwo			
Powiat, gmina			

Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

☐	Lekki	☐	Umiarkowany	☐	Znaczny
☐	Orzeczenie o niepełnosprawności bez stopnia (dot. osób do 18 roku życia)				

Rodzaj niepełnosprawności (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

☐	01-U - upośledzenie umysłowe	☐	02-P - choroby psychiczne
☐	03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby	☐	04-O - choroby narządu wzroku
☐	05-R - upośledzenie narządu ruchu	☐	06-E - epilepsja
☐	07-S - choroby układu oddechowego i krążenia	☐	08-T - choroby układu pokarmowego
☐	09-M - choroby układu moczowo-płciowego	☐	10-N - choroby neurologiczne
☐	11-I - inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego		
☐	inne		

Status na rynku pracy (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

☐	Osoby całkowicie niezdolne do pracy	☐	Osoby częściowo niezdolne do pracy
☐	Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	☐	Nie dotyczy

Uczestnictwo w WTZ (Warsztaty Terapii Zajęciowej) (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu)

☐	Nie	☐	Tak	☐	Absolwent WTZ
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	---------------

Dane rodzica/opiekuna prawnego (proszę wypełnić w przypadku zawodnika niepełnoletniego lub nieposiadającego zdolności do czynności prawnych):

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Dane kontaktowe	

Oświadczenia zawodnika/ Opiekuna prawnego zawodnika (proszę zaznaczyć „X” w każdym polu)

1. Oświadczam , że posiadam/mój podopieczny posiada* aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.	
2. Oświadczam , że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą.	
3. Oświadczam , że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Futbol PLUS i spełniam/mój podopieczny spełnia* warunki uczestnictwa.	
4. Oświadczam , że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego podopiecznego (jeżeli dotyczy) stanowiącą Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie .	
5. Oświadczam , że poinformowano mnie o współfinansowaniu projektu FUTBOL PLUS ze środków PFRON i równolegle nie biorę/mój podopieczny nie bierze* udziału w innym projekcie, w tym samym zakresie wsparcia, realizowanym ze środków PFRON.	
6. Deklaruję chęć mojego udziału/udziału mojego podopiecznego* w projekcie FUTBOL PLUS i zobowiązuję się w okresie jego trwania do brania udziału w zaproponowanych formach wsparcia i potwierdzania obecności na listach. Zobowiązuję się również udzielać niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.	
7. Oświadczam , że mój udział/ udział mojego dziecka* w projekcie nie koliduje z udziałem w zajęciach WTZ.	

.....
miejsce i data

.....
podpis uczestnika/uczestniczki Projektu
lub opiekuna prawnego uczestnika/uczestniczki

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenia zgody na przetwarzanie wizerunku

Projekt **Futbol Plus** jest finansowany ze środków pozyskanych od **Sponsorów i Partnerów** i może funkcjonować dzięki podejmowanym przez Stowarzyszenie działaniom promocyjnym, które wiążą się lub mogą wiązać się z ujawnieniem przede wszystkim wizerunku. Wyrażenie zgody na przetwarzanie wizerunku w powyższych celach umożliwia Stowarzyszeniu prowadzenie i rozwijanie **Projektu Futbol Plus**.

☐ TAK ☐ NIE	Wyrażam zgodę <u>na nieodpłatne przetwarzanie w tym rozpowszechnianie</u> przez Stowarzyszenie Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Amp Futbol z siedzibą w Warszawie (dalej jako „Stowarzyszenie”), mojego wizerunku/wizerunku mojego podopiecznego zarejestrowanego w postaci zdjęć i materiałów wideo oraz mojego głosu/głosu podopiecznego zarejestrowanego na materiałach wideo, zrealizowanych podczas mojego udziału/udziału mojego podopiecznego w Projekcie Futbol Plus w celu promocji Projektu i zdawania z niego relacji. Zgoda obejmuje publikację zdjęć i/lub materiałów wideo w przestrzeni publicznej: • na stronach internetowych Stowarzyszenia, • na fanpage’ach Stowarzyszenia w mediach społecznościowych m.in.: Facebook, Instagram, YouTube, • na plakatach, banerach, produktach wydawniczych zrealizowanych przez Stowarzyszenie. Mam świadomość, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
☐ TAK ☐ NIE	Wyrażam zgodę <u>na nieodpłatne udostępnienie</u> przez Stowarzyszenie Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Amp Futbol z siedzibą w Warszawie (dalej jako „Stowarzyszenie”), mojego wizerunku/wizerunku mojego podopiecznego zarejestrowanego w postaci zdjęć i materiałów wideo oraz mojego głosu/głosu podopiecznego zarejestrowanego na materiałach wideo, zrealizowanych podczas mojego udziału/udziału mojego podopiecznego w Projekcie Futbol Plus, Sponsorem i Partnerom Stowarzyszenia w celu zdawania relacji z Projektu oraz umożliwienia wykorzystania w tym rozpowszechniania mojego wizerunku/wizerunku mojego podopiecznego przez wskazanych Partnerów i Sponsorów Stowarzyszenia do ich własnych celów informacyjnych i promocyjnych. Zgoda obejmuje udostępnienie zdjęć i/lub materiałów wideo następującym podmiotom: • Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie, • Ministerstwo Sportu i Turystyki, • ORLEN S.A. i podmioty z Grupy Kapitałowej ORLEN, • PZU SA oraz podmioty z Grupy Kapitałowej PZU. Mam świadomość, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
☐ TAK ☐ NIE	Wyrażam zgodę <u>na rozpowszechnianie</u> przez Partnerów i Sponsorów Stowarzyszenia Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Amp Futbol z siedzibą w Warszawie, mojego wizerunku/wizerunku mojego podopiecznego zarejestrowanego w postaci zdjęć i materiałów wideo oraz mojego głosu/głosu mojego podopiecznego zarejestrowanego na materiałach wideo, zrealizowanych podczas mojego udziału/udziału mojego podopiecznego w Projekcie Futbol Plus na potrzeby kampanii reklamowych Partnerów i Sponsorów, wsparcia działań promocyjnych i komunikacyjnych i medialnych w tym publikowania na oficjalnych stronach www, profilach w mediach społecznościowych, raportach z działalności i wydawnictwach Partnerów i Sponsorów: • Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie, • Ministerstwo Sportu i Turystyki, • ORLEN S.A. i podmioty z Grupy Kapitałowej ORLEN, • PZU SA oraz podmioty Grupy Kapitałowej PZU. Mam świadomość, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

czytelnie imię i nazwisko

data

podpis zawodnika lub opiekuna
prawnego zawodnika