

Gdańsk, dnia.....

DNE CZŁONKA:

.....
imię i nazwisko członka

.....
PESEL członka

.....
Pełny adres zamieszkania członka (ulica, nr domu / nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

DANE OPIEKUNA (JEŻELI DOTYCZY):

.....
imię i nazwisko opiekuna

.....
PESEL opiekuna

.....
Pełny adres zamieszkania opiekuna (ulica, nr domu / nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

.....
telefon kontaktowy opiekuna

.....
adres e-mail opiekuna

GDAŃSKIE RATOWNICTWO WODNE
UL. ROMUALDA TR AUGUTTA 14
80-221 GDAŃSK

PODANIE O PRZYJĘCIE – SEKCJA PŁYWACKA AKTYWUJ SIĘ W RATOWNICTWIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do Sekcji Pływackiej Gdańskiego Ratownictwa Wodnego:

1. Oświadczam, że znane mi są w pełni i akceptuję zapisy Statutu Gdańskiego Ratownictwa Wodnego (dalej zwane GRW) oraz Regulaminu Opłacania Składek Członkowskich.
4. Zobowiązuję się do materialnego wspierania GRW w wysokości odpowiadającej wskazanej kategorii członkostwa (sekcji).
5. Oświadczam, że stan zdrowia pozwala na udział w zajęciach sportowych, szkoleniach i innych aktywnościach organizowanych przez GRW, co potwierdza stanowiący integralną część niniejszego oświadczenia Kwestionariusz Zdrowia.
6. Biorę pełną odpowiedzialność za stan zdrowia, kontuzje lub inne urazy powstałe na zajęciach NIE z winy GRW.
7. W przypadku wystąpienia zdarzenia, o którym mowa ust. 6. powyżej, zrzekam się wszelkich roszczeń, które mogłyby przysługiwać mi wobec GRW z tytułu odszkodowania lub zadośćuczynienia, a także zobowiązuję się nie dochodzić żadnych roszczeń, które mogłyby mi przysługiwać na tej podstawie.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu przez GRW siedzibą w Gdańsku, przy ul. Traugutta 14, wpisanego do Krajowego Rejestru Stowarzyszeń przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem: 0000631599, posiadającym NIP: 9571088010 oraz REGON: 365124452, (dalej: GRW), dla potrzeb niezbędnych do realizacji celów statutowych GRW, w tym publikacji imienia, nazwiska oraz wizerunku w gazetach, czasopismach okresowych, czasopismach okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych lub portalach społecznościowych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
9. Wyrażam nieodpłatnie zgodę na wielokrotne wykorzystywanie, w tym rozpowszechnianie, w szczególności za pośrednictwem Internetu, przez GRW wizerunku, głosu mojego lub dziecka utrwalonego na fotografiach, nagraniach – filmach oraz na innych możliwych nośnikach informacji, w tym techniką cyfrową, utrwalających wizerunek lub głos, zarówno w całości, jak i w dowolnym fragmencie, za pośrednictwem Internetu, telewizji, radia lub innych środków przekazu, w celach informacyjnych i marketingowych związanych z bieżącą działalnością statutową GRW. Jednocześnie upoważniam GRW do wyłącznego decydowania o formie, miejscu i czasie wykorzystywania, w tym rozpowszechniania wizerunku mojego lub dziecka oraz zestawiania ich z innymi wizerunkami. Zrzekam się przy tym prawa do kontroli i każdorazowego zatwierdzenia wykorzystania wizerunku mojego lub dziecka.
10. Wizerunek może być rozpowszechniane jedynie w sposób nienaruszający dóbr osobistych, w szczególności poprzez przedstawianie w negatywnym świetle, w sposób obraźliwy, obsceniczny lub znieważający czy też zniesławiający wizerunek, lub poprzez wkomponowywanie w inny obraz lub nagranie, które mogą naruszać dobre obyczaje lub zasady współżycia społecznego. Niniejsza zgoda stanowi zezwolenie w rozumieniu art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 880, z późn. zm.).

.....
Czytelny podpis

.....
Czytelny podpis opiekuna (jeśli dotyczy)

DANE CZŁONKA:

.....
imię i nazwisko członka

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA CZŁONKA SEKCJI PŁYWACKIEJ „AKTYWUJ SIĘ W RATOWNICTWIE” */**

1. Czy lekarz stwierdził kiedykolwiek, iż stan serca Twojego / Twojego dziecka (niepotrzebne skreślić) uniemożliwia mu rozpoczęcie wysiłku fizycznego bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem? *
 Tak
 Nie
2. Czy skrzyżyłeś się / dziecko skarżyło się (niepotrzebne skreślić) na ból w klatce piersiowej w trakcie lub po większym wysiłku? *
 Tak
 Nie
3. Czy w ostatnim miesiącu skarżyłeś się / dziecko skarżyło się (niepotrzebne skreślić) na ból w klatce piersiowej w trakcie lub podczas wysiłku? *
 Tak
 Nie
4. Czy tracisz równowagę / dziecko traci równowagę (niepotrzebne skreślić) z powodu zawrotów głowy lub czy kiedykolwiek straciło przytomność? *
 Tak
 Nie
5. Czy Ty masz problemy / dziecko ma problemy (niepotrzebne skreślić) z kośćmi lub stawami, które mogą ulec pogorszeniu w związku z wysiłkiem fizycznym? *
 Tak
 Nie
6. Czy przyjmujesz / dziecko przyjmuje (niepotrzebne skreślić) lekarstwa (np. tabletki) na ciśnienie lub serce? *
 Tak
 Nie
7. Czy jesteś / dziecko jest (niepotrzebne skreślić) w ciąży lub było w ciąży ostatnich trzech miesięcy? *
 Tak
 Nie
8. Czy znasz jakiegokolwiek powody, które mogą uniemożliwiać Tobie / dziecku (niepotrzebne skreślić) rozpoczęcie wysiłku fizycznego? *
 Tak
 Nie

* Udzielenie odpowiedzi „TAK” na którekolwiek z powyższych zobowiązuje do rozmowy z lekarzem na temat potencjalnych przeciwwskazań.

Przypominamy o obowiązku poinformowania GRW o przeciwwskazaniach zdrowotnych.

** Zrozumiałem/am i odpowiedziałam/em szczerze na wyżej wymienione pytania. Rozumiem, iż dziecko nie powinno uprawiać sportu, jeśli czuje się słabo lub nie na siłach i zobowiązuje się do poinformowania o tym GRW.

.....
Czytelny podpis

.....
Czytelny podpis opiekuna (jeśli dotyczy)