



ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο αθλητή/τριας: _____

Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμονά: _____

E-mail: _____

Σωματείο: _____

Ημ. Γέννησης: _____ Ηλικία: _____

Ο/η υπογράφων/ούσα ασκών τη γονική μέριμνα/κηδεμόνας του/της ανωτέρω αθλητή/τρια δηλώνω ότι κατά την συμπλήρωση της παρούσας φόρμας συμμετοχής, δίνω την άδεια μου να λάβει μέρος στο David Ancrum Camp που θα διενεργηθεί στις 5-6 Ιουλίου στο κλειστό γυμναστήριο «Εβίνα Μάλτση» υπό την αιγίδα του ΑΟΚ Γουμένισσας.

Συναινώ ,

τα προσωπικά δεδομένα του τέκνου μου (δεδομένα ταυτοποίησης: ονοματεπώνυμο, φωτογραφικό ή/και οπτικοακουστικό υλικό), να χρησιμοποιηθούν από τον ΑΟΚ Γουμένισσας στο πλαίσιο προωθητικών του ενεργειών και προβολής σε εκδηλώσεις και μέσα ενημέρωσης (ενδεικτικά και όχι περιοριστικά, μέσα κοινωνικής δικτύωσης, youtube, facebook, Instagram, ιστοσελίδα του σωματείου, σε δημοσιεύσεις, σε παρουσιάσεις, σε μέσα μαζικής ενημέρωσης κλπ.) και δεν έχω καμία οικονομική ή άλλη απαίτηση από την προβολή του υλικού αυτού (φωτογραφικό ή/ και οπτικοακουστικό υλικό). Η νομική βάση επεξεργασίας για τα συλλεγόμενα δεδομένα είναι η συγκατάθεση του φυσικού προσώπου, σύμφωνα με τον ΓΚΠΔ, άρθρο 6, παρ. 1, στοιχ. (α'). Επισημαίνεται ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συγκατάθεσης,



ενδέχεται να καθιστά αδύνατη την συμμετοχή του/της αθλητή/τριας στο ανωτέρω πρόγραμμα.

Ο ΑΟΚ Γουμένισσας δεσμεύεται ότι το υλικό που θα καταγραφεί από το παραπάνω πρόγραμμα θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τους σκοπούς προβολής, προώθησης και διαφήμισης των δράσεων του σωματείου και όπως περιγράφεται ανωτέρω. Έχω ενημερωθεί ότι τα δεδομένα του τέκνου μου είναι τα απολύτως απαραίτητα που απαιτούνται για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού. Τα δεδομένα είναι απόρρητα και απολύτως εμπιστευτικά και δεν θα τα λάβει τρίτος για την προώθηση δικών του υπηρεσιών ή προϊόντων. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι μόνο τα μέλη του σωματείου και οι συνεργαζόμενοι με αυτό ιδιώτες προώθησης των δράσεων. Ο ΑΟΚ Γουμένισσας δεν ευθύνεται για οποιαδήποτε κοινοποίηση, αντιγραφή ή αναπαραγωγή των ψηφιακών δεδομένων (βίντεο, φωτογραφίες) σε άλλες ιστοσελίδες ή μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Τα δεδομένα και το υλικό που θα προκύψει θα παραμείνει στην κατοχή του σωματείου για όσο διάστημα κρίνει αυτό αναγκαίο ή για όσο διάστημα το σωματείο θα είναι ενεργό. Ο ΑΟΚ Γουμένισσας έχει λάβει υπόψιν του και εναρμονίζεται με τις απαιτήσεις του Γενικού Κανονισμού 2016/679 για τη Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων, μέσω της Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.

Ως κηδεμόνας/γονέας έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεση μου και να ασκήσω τα δικαιώματά μου (πρόσβαση, διαγραφή, διόρθωση, περιορισμό στην επεξεργασία, εναντίωση και φορητότητα) οποτεδήποτε, μέσω ηλεκτρονικής δήλωσης στην διεύθυνση ηλεκτρονικής αλληλογραφίας aok_goumenissas@yahoo.com. Η εν λόγω ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που έχει ήδη πραγματοποιηθεί. Γνωρίζω ότι διατηρώ το δικαίωμα προσφυγής στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Σ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλέφωνο 210 6475628, e-mail: contact@dpa.gr). Η συγκατάθεσή μου παρέχεται για



τους άνω σκοπούς χωρίς να συνοδεύεται από κάποια συμβατική υποχρέωση ή άλλη νόμιμη συνέπεια.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Με σκοπό τη λήψη ιατρικών πληροφοριών για το παιδί σας, παρακαλούμε να σημειώσετε την κατάλληλη απάντηση στο κάτωθεν ερωτηματολόγιο:

Ο εγγεγραμμένος αθλητής:

- Είναι καλά / ΔΕΝ είναι καλά στη υγεία του .
- Φέρει αλλεργίες , άσθμα , επιληψία , άλλο πρόβλημα υγείας .
Παρακαλώ περιγράψτε:..... ΔΕΝ φέρει χρόνια θέμα υγείας
- Φέρει αλλεργίες σε φάρμακα , παρακαλώ περιγράψτε _____
ΔΕΝ φέρει αλλεργίες σε φάρμακα (ιώδιο, πενικιλίνη κτλ.) .

Επισημάνσεις θεμάτων υγείας:

Εάν υπάρξουν βραχυπρόθεσμες αλλαγές στην κατάσταση της υγείας του αθλητή, ο γονέας/κηδεμόνας ή ο υπεύθυνος που συνοδεύει τον αθλητή οφείλει να ενημερώσει άμεσα τον ΑΟΚ Γουμένισσας.

- Στην περίπτωση που ο αθλητής λαμβάνει συστηματικά και τακτικά φαρμακευτική αγωγή, είναι ο ίδιος και ο συνοδός του υπεύθυνοι για την λήψη της αγωγής.
- Ο αθλητής οφείλει να είναι ασφαλισμένος μέσω του γονέα/κηδεμόνα για κάλυψη υγειονομικού χαρακτήρα με βάση την ισχύουσα εθνική νομοθεσία. Η



πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι δωρεάν, ωστόσο μπορεί να υπάρξουν επιπρόσθετες χρεώσεις (οδοντιατρική περίθαλψη, συνταγογραφούμενα φάρμακα ή λοιπά έξοδα θεραπείας). Ο γονέας/κηδεμόνας δεσμεύεται ότι θα καλύψει τυχόν επιπλέον έξοδα για ιατρικούς λόγους και αναγνωρίζει ότι ο ΑΟΚ Γουμένισσας δεν φέρει ευθύνη για την κάλυψη αυτών των εξόδων.

- Σύμφωνα με το νόμο περί προστασίας από μεταδοτικές λοιμώξεις, είστε υποχρεωμένοι να μας ενημερώσετε εγγράφως σχετικά με την ύπαρξη τέτοιου νοσήματος.
- Ο ΑΟΚ Γουμένισσας διατηρεί το δικαίωμα να ακυρώσει τη συμμετοχή ενός αθλητή σε περίπτωση που κρίνει ότι υπάρχει πρόβλημα για την υγεία του ή/και για την υγεία των υπόλοιπων αθλητών.

Συγκατάθεση για θέματα υγείας:

- Με το παρόν δίνουμε / ΔΕΝ δίνουμε την συγκατάθεση μας να γίνουν οι απαραίτητες φαρμακευτικές αγωγές/χορηγήσεις που κρίνονται επείγοντες και απαραίτητες από τον υπεύθυνο ιατρό.
- Με το παρόν δίνουμε / ΔΕΝ δίνουμε την συγκατάθεση μας να γίνουν οι απαραίτητοι χειρισμοί και να ληφθούν τα απαραίτητα ιατρικά μέτρα, συμπεριλαμβανομένων των επειγουσών επεμβάσεων, που θα κριθούν αναγκαία από τον υπεύθυνο ιατρό στην περίπτωση επείγουσας ιατρικής ανάγκης, εάν η συγκατάθεση μας δεν μπορεί να ληφθεί εγκαίρως, εξαιτίας ειδικών περιστάσεων.

Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο και υπογραφή του
του ασκούντος την γονική
μέριμνα/κηδεμόνα