

ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Αθλητή/τριας: _____

Όνοματεπώνυμο Γονέα / Κηδεμόνα: _____

E-mail: _____

Σωματείο: _____ Ηλικία: _____

Ο/η υπογράφων/ουσα /ασκών τη γονική μέριμνα/κηδεμόνας του/ης ανωτέρω αθλητή/τριας δηλώνω ότι δίνω την άδειά μου να λάβει μέρος στο **All Star Μίνι Κοριτσιών U13** της Ε.Σ.Κ.Α που θα πραγματοποιηθεί την Κυριακή 23-04-23 στο Κλ. Γήπεδο Αγ.Θωμά .

Ναι

Όχι

Ακολουθως δηλώνω ότι:

ΣΥΝΑΙΝΩ

ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ

τα προσωπικά δεδομένα του τέκνου μου (δεδομένα ταυτοποίησης: ονοματεπώνυμο, φωτογραφικό ή/ και οπτικοακουστικό υλικό), να χρησιμοποιηθούν από την «**ΕΝΩΣΙΣ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΕΩΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**» στο πλαίσιο προωθητικών της ενεργειών και προβολής της σε εταιρικές εκδηλώσεις και μέσα ενημέρωσης (ενδεικτικά και όχι περιοριστικά: μέσα κοινωνικής δικτύωσης, youtube, facebook, ιστοσελίδα της Ομοσπονδίας, σε δημοσίευση σε παρουσιάσεις, στα μέσα μαζικής ενημέρωσης κλπ..) και δεν έχω καμιά 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 μαθητή/τριας στο ανωτέρω εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Η «**ΕΝΩΣΙΣ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΕΩΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**» δεσμεύεται ότι το υλικό που θα δημιουργηθεί από το παραπάνω πρόγραμμα θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικώς για τους σκοπούς προβολής, προώθησης και διαφήμισης των δράσεων της Ένωσης, 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 το αρμόδιο προσωπικό της Ένωσης και οι συνεργαζόμενες με αυτήν επιχειρήσεις για τον ανωτέρω σκοπό. Η «**ΕΝΩΣΙΣ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΕΩΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**» δεν ευθύνεται για οποιαδήποτε κοινοποίηση, αντιγραφή ή αναπαραγωγή του βίντεο ή των φωτογραφιών σε άλλες ιστοσελίδες ή social media.

Τα δεδομένα του τέκνου μου θα τηρηθούν για όσο χρονικό διάστημα η Ένωση διατηρεί τη δραστηριότητά της. Έχω ενημερωθεί ότι η Ένωση έχει λάβει τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα και είναι πλήρως εναρμονισμένη με τις απαιτήσεις που έχει ορίσει ο Γενικός Κανονισμός 2016/679 για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων μέσω της Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων διαθέσιμη μέσω της ιστοσελίδας της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καλαθοσφαίρισης: www.basket.gr/.

Ιατρική περίθαλψη

Με το παρόν επιβεβαιώνουμε ότι το παιδί μας είναι καλά στην υγεία του. Εάν υπάρξουν βραχυπρόθεσμες αλλαγές στην κατάσταση της υγείας, θα ενημερώσουμε αμέσως την Ένωση Σωματείων Καλαθοσφαίρισεως Αττικής μέσω του υπεύθυνου συνοδού του αθλητικού συλλόγου στο οποίο ανήκει το παιδί μας. Είναι υποχρεωτική η αναφορά αλλεργιών, άσθματος, επιληψίας, και HIV. Παρακαλούμε επίσης να μας ενημερώσετε για τυχόν αλλεργίες στο ιώδιο ή στην πενικιλίνη. Εάν το παιδί μας πρέπει να παίρνει τακτικά φάρμακα ή εξαρτάται από ιατρικά βοηθήματα, το παιδί είναι υπεύθυνο για τη λήψη ή τη χρήση των φαρμάκων. Με το παρόν δίνουμε τη συγκατάθεσή μας ότι οι απαραίτητοι εμβολιασμοί (τέτανος) που κρίνονται επείγοντες από το γιατρό, καθώς και άλλα ιατρικά μέτρα, συμπεριλαμβανομένων των επειγουσών επεμβάσεων, θα κανονιστούν εάν η συγκατάθεσή μας δεν μπορεί να ληφθεί εγκαίρως λόγω ιδιικών περιστάσεων.

Σημείωση: Η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας του παιδιού σας δεν πρέπει να λείπει από τις αποσκευές σας. Χρησιμεύει ως απόδειξη του δικαιώματος σε ιατρική περίθαλψη σύμφωνα με τους κανονισμούς της αντίστοιχης χώρας. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι δωρεάν στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ωστόσο, λάβετε υπόψη σας ότι η οδοντιατρική θεραπεία, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ακόμη και τα γενικά έξοδα θεραπείας σε κάποιες περιπτώσεις πρέπει να πληρώνονται επιπλέον. Με τη γονική δήλωση, επιβεβαιώνετε ότι θα καλύψετε το κόστος τυχόν εξόδων ιατρικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τον νόμο περί προστασίας από λοιμώξεις, είστε υποχρεωμένοι να μας ενημερώσετε εγγράφως σχετικά με το ταξίδι, εάν το παιδί σας πάσχει από μεταδοτική ασθένεια ή εάν υπάρχει υποψία τέτοιας ασθένειας.

Γνωρίζω επίσης ότι έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου και να ασκήσω τα δικαιώματά μου (πρόσβαση, διαγραφή, διόρθωση, περιορισμό στην επεξεργασία, εναντίωση και φορητότητα) οποτεδήποτε, είτε μέσω γραπτής δήλωσής μου προς την «**ΕΝΩΣΙΣ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΕΩΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**», Ύδρας 4, Γαλάτσι, Αθήνα, Τ.Κ. 11147, τηλ. 210 2932220 είτε με μήνυμα ηλεκτρονικής αλληλογραφίας στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση: info@eska.gr. Η εν λόγω ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που έχει ήδη πραγματοποιηθεί. Γνωρίζω επίσης ότι διατηρώ το δικαίωμα της προσφυγής στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλέφωνο 210 6475628, e-mail: contact@dpa.gr). Η συγκατάθεσή μου παρέχεται για τους ως άνω σκοπούς χωρίς να συνοδεύεται από κάποια συμβατική υποχρέωση ή άλλη νόμιμη συνέπεια.

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή
του ασκούντος τη γονική
μέριμνα/κηδεμόνας