****

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

**DANE UCZESTNIKA**

**Imię i nazwisko uczestnika:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numer kontaktowy do uczestnika:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **E-mail uczestnika:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Oddział, którego jesteś członkiem:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Sposób poruszania się (zaznacz właściwe)
NA WÓZKU/ Z BALKONIKIEM/ O KULACH/ SAMODZIELNIE**
**Który raz bierzesz udział w Abilimpiadzie: PIERWSZY / KOLEJNY (który** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?)
**Czy przyjedziesz z opiekunem (zaznacz właściwe) TAK/ NIE**

**DANE OPIEKUNA (jeśli dotyczy)**

**Imię i nazwisko opiekuna:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Numer kontaktowy do opiekuna:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Czy opiekun posiada orzeczenie o niepełnosprawności? (zaznacz właściwe) TAK/ NIE**

**Czy opiekun jest członkiem Oddziału PTSR? (zaznacz właściwe) TAK/ NIE**

**INFORMACJE O DIECIE**

**Dieta (niepotrzebne skreślić) NORMALNA/ WEGETARIAŃSKA**

**INFORMACJE O PRZYJEZDZIE NA ABILIMPIADĘ**

**Jakim środkiem lokomocji będziesz podróżować? SAMOCHÓD/ POCIĄG/ INNE (jakie?) (zaznacz właściwe) TAK/ NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Poniżej znajdą Państwo listę dyscyplin, które obowiązywać będą na Abilimpiadzie. Prosimy o zaznaczenie (postawienie X) przy dyscyplinach, w których chcą Państwo wziąć udział. Można wybrać maksymalnie 3 konkurencje.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Decoupage** |  |
| **2.** | **Warsztaty muzyczno - taneczne** |  |
| **3.** | **Open** |  |
| **4.** | **Warcaby** |  |
| **5.** | **Fotografia** |  |

***Prosimy o załączenie do formularza zgłoszeniowego aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, bądź aktualnego orzeczenia równoważnego (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS).***

***Klauzula informacyjna***

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dni 27 kwietnia 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 („Rozporządzenie") informujemy, że:

1. Administrator danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego. w Warszawie przy ul. Nowolipki 2a, 00-160 Warszawa, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000083356, NIP: 526-16-73-344, REGON: 006237795 (dalej: Administrator).

1. Cel przetwarzania danych i podstawy prawne

Dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji oraz realizacji działań statutowych PTSR na podstawie udzielonej zgody.

1. Udostępnienie danych osobowych

Pani /Pana dane mogą być udostępniane upoważnionym pracownikom i współpracownikom Administratora oraz dostawcom usług IT i grantodawcy.

1. Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny dla realizacji działań statutowych PTSR.

1. Przysługujące prawa

W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana danych osobowych, przysługuj Pani/Panu:

- prawo dostępu do danych osobowych,

- prawo do sprostowania danych osobowych,

- prawo usunięcia danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym),

- prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,

- prawo do przenoszenia danych do innego administratora,

- prawo do cofnięcia zgody w przypadku, gdy Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w oparciu o zgodę, w dowolnym momencie i w dowolny sposób, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

data i podpis ………………………………………………………………………………………………………..