

## ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ - DOPLNĚK ZDRAVOTNÍ PROHLÍDKY

### Tento formulář nenahrazuje povinnou zdravotní prohlídku!

Informace z něj získané budou sloužit pouze k poskytnutí vhodné pomoci nebo k podání informací záchranné službě, tak aby vaše dítě mohlo dostat co nejlepší péči v případě potřeby. Jinak nebudou poskytovány mimo klub. V případě souhlasu jsou informace platné po celou dobu členství. Nový formulář je třeba v případě změny informací v něm obsažených.

**SOUHLASÍM**, aby tyto zdravotní údaje byly zpracovávány a uchovávány po celou dobu členství v klubu. Jsem srozuměn/srozuměna se svým právem:

- mít přístup ke zpracovávaným zdravotním údajům, které byly dobrovolně poskytnuty,
- požadovat jejich opravu,
- na výmaz zdravotních údajů bez zbytečného odkladu, pokud jsou dány důvody,
- na omezení zpracování osobních údajů,
- na přenositelnost údajů v případech stanovených v čl. 20 Nařízení EU,
- odvolat tento Souhlas,
- podat proti Správci údajů stížnost podle čl. 77 Nařízení EU.

Prohlašuji, že jsem si text tohoto souhlasu pečlivě přečetl/přečetla, obsahu rozumím a souhlasím s ním. To stvrzuji svým vlastnoručním podpisem níže.

**NESOUHLASÍM**

---

**VYPLŇTE POUZE POKUD SOUHLASÍTE. POKUD NESOUHLASÍTE VYPLŇTE POUZE JMÉNO HRÁČE.**

Jméno hráče: \_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_

Vyberte vhodnou možnost a případně doplňte:

Můj syn/dcera je plně zdravý a neužívá žádné léky.

Můj syn/dcera má následující nemoci: (prosím, vyplňte nemoci, alergie, eplipsie, atd. Také užívané léky.)

---

VYPLŇTE:

Datum: \_\_\_\_\_ Jméno a příjmení zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_