

SOUHLAS S PODSTOUPENÍM KLASIFIKACE A ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Já, narozen/a dne si přeji podstoupit proces hodnocení sportovce ve sportu paraplování (dále jen klasifikace) podle Pravidel národní klasifikace paraplování a беру на вѣдомі, že následující kroky jsou nezbytné k dokončení tohoto procesu:

1. Rozumím, že tento proces může vyžadovat mou účast na cvičeních a aktivitách podobných sportu, včetně pozorování při soutěžení. Rozumím, že existuje riziko zranění při účasti na těchto cvičeních a aktivitách. Potvrzuji, že jsem dostatečně zdravý/á k účasti na klasifikaci.
2. Rozumím, že musím splnit požadavky klasifikačního panelu, včetně poskytnutí dostatečné dokumentace (fyzicky nebo elektronicky) pro určení, zda splňuji podmínky způsobilosti pro sport paraplování. Také rozumím, že pokud nesplním některý z těchto požadavků, může být proces klasifikace pozastaven bez přidělení sportovní třídy.
3. Rozumím, že klasifikace vyžaduje, abych podal/a svůj maximální možný výkon, a že jakékoli úmyslné zkreslení mých dovedností, schopností a/nebo stupně mého postižení během hodnocení sportovců může vést k vyloučení z klasifikačního procesu nebo k disciplinárnímu řízení.
4. Rozumím, že klasifikace je proces založený na posouzení a souhlasím s rozhodnutím klasifikačního panelu. Pokud nesouhlasím s rozhodnutím klasifikačního panelu, souhlasím s postupem pro podání podnětu k přezkumu dle Pravidel klasifikace paraplování.
5. Mohu být fotografován/a a/nebo nahráván/a klasifikátory nebo jimi pověřenou osobou během procesu hodnocení sportovce, včetně mé aktivity v bazénu i jeho okolí.
6. Má osobní data (včetně mé sportovní třídy, statusu sportovní třídy a relevantních lékařských informací), budou shromažďována a uchovávána Klasifikační komisí ČSPS a mohou být předána Českému paralympijskému výboru nebo světové federaci paraplování (IPC, resp. World Para Swimming nebo VIRTUS) za účelem klasifikace mezinárodní úrovně.
7. V případě pochybností nebo nejasností týkajících se mnou předaných lékařských informací mohou klasifikátoři tyto informace konzultovat s dalšími lékaři a odborníky v oblasti klasifikací.
8. Souhlasím s tím, že členové klasifikační komise mohou mnou poskytnuté lékařské dokumenty konzultovat s lékařem, který je vyhotovil, případně s institucí (nemocnice, klinika, diagnostický ústav, poradna atd.), která je v poskytnutých lékařských dokumentech uvedena.
9. Mé jméno, pohlaví, rok narození, země, klub, klasifikační třída, status klasifikace a výjimky mohou být zveřejněny, případně předány pořadateli závodu, na který jsem se přihlásil/a.

Souhlasím s výše vypsányi body **ANO** **NE** **(zakroužkujte)**

Na důkaz svého souhlasu s klasifikačním procesem a procesem uchovávání a předávání mých osobních údajů připojuji svůj podpis.

V dne Podpis

U plavců mladších 18 let jménoa podpis zákonného zástupce.....