



**EUROPEAN
SOCCER SKILLS
DEVELOPMENT**
FOR PLAYERS U6 - U13

www.VOLFSOCCER.com

**SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE
PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO HRÁČE
A SOUHLAS S JEHO OŠETŘENÍM**

Nezletilý hráč (dítě)

Jméno a příjmení: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Zdravotní pojišťovna: Číslo pojišťovny:

Zákonný zástupce nezletilého hráče – jméno, příjmení, adresa:

.....

Souhlas s účastí na aktivitách VSA a s pravidly VSA:

1. Souhlasím s účastí hráče na aktivitách VSA.
2. Souhlasím se správou, zpracováním a shromažďováním mých osobních údajů pro vnitřní potřeby akademie ve smyslu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění a v souladu s Evropskou směrnicí, tzv. GDPR.
3. Souhlasím s pořizováním fotografií a videí v rámci činnosti akademie, s archivací těchto obrazových a zvukových záznamů a s jejich použitím při prezentaci a propagační činnosti akademie.
4. Jsem seznámen s všeobecnými informacemi, podmínkami a pravidly akademie, respektuji je a zavazuji se je dodržovat. Během přítomnosti hráče na trénincích (kempech) nebo akcích akademie budeme dodržovat podmínky a pravidla akademie, respektovat pokyny trenérů, případně jiných pověřených osob, a svou neúčast, pokud možno předem, omluvím u trenéra, a jsem připraven nést důsledky z případného porušení této povinnosti.
5. Vyrozumím neprodleně akademii o změně osobních a kontaktních údajů nebo o změně zdravotní způsobilosti nezletilého hráče nebo o jiném omezení.
6. Prohlašuji, že ve svém vlastním zájmu a na své náklady zajistím pravidelnou informaci o zdravotní způsobilosti hráče ke hraní fotbalu a souhlas s jeho ošetřením, a to vždy ve lhůtě nejpozději před zahájením nového školního tréninkového roku.
7. Dávám tímto výslovně souhlas, aby se hráč účastnil veškerých aktivit, které akademie realizuje, a to případně i bez fyzické přítomnosti zákonného zástupce (účast na trénincích, kempech, akcích).

Zdravotní způsobilost:

1. Prohlašuji, na základě lékařského posouzení zdravotního stavu hráče, že je tento způsobilý absolvovat fyzickou zátěž fotbalových tréninků podle druhu tréninku (kempů), na které je přihlášen, a dalších akcí akademie, bez nebezpečí poškození jeho zdraví.
2. Za zdravotní stav hráče jsem plně odpovědný a zavazuji se v případě změny jeho zdravotního stavu o tom neprodleně informovat trenéra.
3. Prohlašuji, že v případě, že hráč bude hrát v kontaktních čocích nebo brýlích, hraje tak na své vlastní nebezpečí.
4. Jako zákonný zástupce hráče uděluji ve prospěch akademie souhlas, aby během tréninku (kempů) či jiných akcí akademie, kterých se bude hráč účastnit, mu byly v případě potřeby poskytnuty zdravotní služby v daném oboru (a to i v případě, že toto zranění nespadá do kategorie nezbytné péče) bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců.
5. Rovněž jako zákonný zástupce beru na vědomí, že bude-li to nezbytné, může být hráč převezen do zdravotnického zařízení. Jako zákonný zástupce hráče souhlasím s poskytnutím zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, a souhlasím s tím, že uhradím veškeré náklady s tím spojené.
6. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce hráče na informace o zdravotním stavu nezletilého, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která mu ze zákona náleží.

Toto prohlášení a souhlas má platnost po dobu 1 roku ode dne podpisu zákonného zástupce hráče.

Prohlašuji, že všechny údaje v registraci do akademie a v tomto souhlasu a prohlášení jsou pravdivé.

Datum: Podpis zákonného zástupce:.....