

1. sz. melléklet

**Leigazolási és Versenyzési engedély/licenc -kérőlap**

1. Egyesülete neve és címe: .....
2. A versenyző neve:.....
3. Születési helye, dátum (év,hó,nap): .....
4. Neme: férfi / nő .....
5. Anyja neve: .....
6. Címe (irányítószám település, utca házszám): .....
7. Állampolgárság: .....
8. Telefon, email: .....
9. Adószám: .....
10. TAJ: .....
11. Iskola neve és címe: .....
12. Útlevekszám és érvényessége: .....
13. Lábméret, magasság, ruhaméret: .....

Az a sportoló leigazolható, illetve kaphat licencet, aki nyilatkozik a közölt adatai valódiságáról, hozzájárul azok nyilvántartásba vételéhez és statisztikai felhasználásához, továbbá nyilatkozik arról, hogy a Szövetség alapszabályzatát, más határozatait különösen a jelen szabályzatot ismeri, magára nézve kötelezően elfogadja, a szabályzatok módosulását nyomon követi, sporttevékenységét saját felelősségére, kockázatára végzi. Kiskorú sportoló kérelme csak törvényes képviselője aláírásával érvényes.

I. A jelen adatlap aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy az 1. pontban megjelölt sportági szakszövetség a jelen adatlapon feltüntetett személyes adataimat az adatkezelésre vonatkozó mindenkori jogszabályi rendelkezések szerint kezelje, továbbítsa a Magyar Ökölvívó Szakszövetség, valamint az állami sportinformációs rendszer számára, ill. az adatokban bekövetkezett esetleges változásokat a személyi adat- és lakcímnnyilvántartás központi szervénél ellenőrizze. Hozzájárulok, hogy TAJ szám alapján a sportorvosi érvényessége a Magyar Ökölvívó Szakszövetség, illetve az állami sportinformációs rendszer által lekérdezhető legyen. A jelen adatlap aláírásával a Ptk. 566. § (1) bekezdésének a) pontja alapján alkalmazandó 561. § (1) bekezdése értelmében hozzájárulok ahhoz, hogy a Magyar Olimpiai Bizottság, mint szerződő fél a javamra – mint biztosított javára – baleset-biztosítási szerződést kössön a Magyar Posta Biztosító Zrt-vel (1022 Budapest, Bég u. 3-5., Tel.: 06-40/200-480)

II. A jelen adatlap aláírásával hozzájárulok a 4.-11. pontokban feltüntetett személyes adataimnak az Magyar Posta Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) részére történő továbbításához és azoknak a Biztosító általi kezeléséhez.

- Az I. pontban foglaltakat elfogadom.
- Az II. pontban foglaltakat elfogadom.

Kijelentjük, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum: .....

.....  
sportegyesület képviselőjének  
neve, aláírása

.....

sportoló aláírása

.....  
kiskorú törvényes képviselőjének  
neve, aláírása