**ATLETSKI KLUB** **SEVNICA**

p.p. 131, Prvomajska ulica 15A

8290 Sevnica

OBVEZNA SLIKA

**PRISTOPNA IZJAVA**

**Štev. članske iz. ..............**

Ime: Priimek:

Naslov:

Poštna številka: Kraj:

EMŠO: Kraj rojstva: Spol: **M** **Ž**

Telefon:

Elektronski naslov:

Številka kartice zdravstvenega zavarovanja\*

\*podatek obvezen samo za aktivne člane

***S podpisom izjavljam, da želim postati član-ica AK Sevnica in, da sprejemam statut društva ter sem se pripravljen-a ravnati po njem.***

Društvu dovoljujem zbiranje, obdelavo in uporabo mojih osebnih podatkov za potrebe delovanja društva, pri čemer je dolžno ravnati v skladu z določili Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1). Dovoljujem tudi javno objavljanje slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazuje dejavnost društva in vsebuje moje posnetke.

**Datum: Podpis:**

**PISNO SOGLASJE ZAKONITEGA ZASTOPNIKA**

(za včlanitev otroka starega do 15 let)

Soglašam, da se moj otrok , včlani v AK Sevnica.

(ime in priimek)

Ime in Priimek zakonitega zastopnika:

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**