

## ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Μαθητή/τριας: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο Γονέα / Κηδεμόνα: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Σχολείο: \_\_\_\_\_ Τάξη: \_\_\_\_\_

Ο/η υπογράφων/ουσα /ασκών τη γονική μέριμνα/κηδεμόνας του/ης ανωτέρω μαθητή/τριας δηλώνω ότι δίνω την άδειά μου να λάβει μέρος στο Πρόγραμμα «**Fun Basket**» της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καλαθοσφαίρισης. Το πρόγραμμα ΤΡΙΠΟΝΤΑ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ είναι εγκεκριμένο πρόγραμμα από το Υπουργείο Παιδείας & Θρησκευμάτων σύμφωνα με την υπ' Αρ. Πρωτ.: 141278/Δ5-04.11.2021.

Ναι

Όχι

Ακολουθως δηλώνω ότι:

**ΣΥΝΑΙΝΩ**

**ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ**

τα προσωπικά δεδομένα του τέκνου μου (δεδομένα ταυτοποίησης: ονοματεπώνυμο, φωτογραφικό ή/ και οπτικοακουστικό υλικό), να χρησιμοποιηθούν από την «**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ**» στο πλαίσιο προωθητικών της ενεργειών και προβολής της σε εταιρικές εκδηλώσεις και μέσα ενημέρωσης (ενδεικτικά και όχι περιοριστικά: μέσα κοινωνικής δικτύωσης, youtube, facebook, ιστοσελίδα της Ομοσπονδίας, σε δημοσίευση σε παρουσιάσεις, στα μέσα μαζικής ενημέρωσης κλπ..) και δεν έχω καμιά οικονομική ή άλλη απαίτηση από την προβολή του υλικού αυτού (φωτογραφικό ή/ και οπτικοακουστικό υλικό). Η νομική βάση επεξεργασίας για τα συλλεγόμενα δεδομένα είναι η συγκατάθεση του φυσικού προσώπου, σύμφωνα με τον **ΓΚΠΔ, Άρθρο 6, παρ. 1, στοιχ. (α')**. Επισημαίνεται ότι άρνηση ή ανάκληση της σχετικής συγκατάθεσης, ενδέχεται να καθιστά αδύνατη την συμμετοχή του/της μαθητή/τριας στο ανωτέρω εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Η «**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ**» δεσμεύεται ότι το υλικό που θα δημιουργηθεί από το παραπάνω πρόγραμμα θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικώς για τους σκοπούς προβολής, προώθησης και διαφήμισης των δράσεων της Ομοσπονδία, όπως περιγράφεται ανωτέρω. Έχω ενημερωθεί ότι τα δεδομένα του τέκνου μου είναι τα απολύτως απαραίτητα που απαιτούνται για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού. Τα δεδομένα είναι απόρρητα και απολύτως εμπιστευτικά και δεν θα τα λάβει τρίτος για την προώθηση δικών του υπηρεσιών ή προϊόντων. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι μόνο το αρμόδιο προσωπικό της Ομοσπονδίας και οι συνεργαζόμενες με αυτήν επιχειρήσεις για τον ανωτέρω σκοπό. Η «**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ**» δεν ευθύνεται για οποιαδήποτε κοινοποίηση, αντιγραφή ή αναπαραγωγή του βίντεο ή των φωτογραφιών σε άλλες ιστοσελίδες ή social media.

Τα δεδομένα του τέκνου μου θα τηρηθούν για όσο χρονικό διάστημα η Ομοσπονδία διατηρεί τη δραστηριότητά της. Έχω ενημερωθεί ότι η Ομοσπονδία έχει λάβει τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα και είναι πλήρως εναρμονισμένη με τις απαιτήσεις που έχει ορίσει ο Γενικός Κανονισμός 2016/679 για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων μέσω της Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων διαθέσιμη μέσω της ιστοσελίδας: [www.basket.gr/](http://www.basket.gr/).

#### Ιατρική περίθαλψη

Με το παρόν επιβεβαιώνουμε ότι το παιδί μας είναι καλά στην υγεία του. Εάν υπάρξουν βραχυπρόθεσμες αλλαγές στην κατάσταση της υγείας, θα ενημερώσουμε αμέσως την Ελληνική Ομοσπονδία Καλαθοσφαίρισης μέσω του υπεύθυνου συνοδού του αθλητικού συλλόγου στο οποίο ανήκει το παιδί μας. Είναι υποχρεωτική η αναφορά αλλεργιών, άσθματος, επιληψίας, και HIV. Παρακαλούμε επίσης να μας ενημερώσετε για τυχόν αλλεργίες στο ιώδιο ή στην πενικιλίνη. Εάν το παιδί μας πρέπει να παίρνει τακτικά φάρμακα ή εξαρτάται από ιατρικά βοηθήματα, το παιδί είναι υπεύθυνο για τη λήψη ή τη χρήση των φαρμάκων. Με το παρόν δίνουμε τη συγκατάθεσή μας ότι οι απαραίτητοι εμβολιασμοί (τέτανος) που κρίνονται επείγοντες από το γιατρό, καθώς και άλλα ιατρικά μέτρα, συμπεριλαμβανομένων των επειγουσών επεμβάσεων, θα κανονιστούν εάν η συγκατάθεσή μας δεν μπορεί να ληφθεί εγκαίρως λόγω ειδικών περιστάσεων.

Σημείωση: Η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας του παιδιού σας δεν πρέπει να λείπει από τις αποσκευές σας. Χρησιμεύει ως απόδειξη του δικαιώματος σε ιατρική περίθαλψη σύμφωνα με τους κανονισμούς της αντίστοιχης χώρας. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι δωρεάν στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ωστόσο, λάβετε υπόψη σας ότι η οδοντιατρική θεραπεία, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ακόμη και τα γενικά έξοδα θεραπείας σε κάποιες περιπτώσεις πρέπει να πληρώνονται επιπλέον. Με τη γονική δήλωση, επιβεβαιώνετε ότι θα καλύψετε το κόστος τυχόν εξόδων ιατρικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τον νόμο περί προστασίας από λοιμώξεις, είστε υποχρεωμένοι να μας ενημερώσετε εγγράφως σχετικά με το ταξίδι, εάν το παιδί σας πάσχει από μεταδοτική ασθένεια ή εάν υπάρχει υποψία τέτοιας ασθένειας.

Γνωρίζω επίσης ότι έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου και να ασκήσω τα δικαιώματά μου (πρόσβαση, διαγραφή, διόρθωση, περιορισμό στην επεξεργασία, εναντίωση και φορητότητα) οποτεδήποτε, είτε μέσω γραπτής δήλωσής μου προς την «**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ**», Κηφισίας 37 – ΟΑΚΑ 37, Μαρούσι, Αθήνα, Τ.Κ. 15123, τηλ. 2106813066 είτε με μήνυμα ηλεκτρονικής αλληλογραφίας στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση: [helbasket@basket.gr](mailto:helbasket@basket.gr). Η εν λόγω ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που έχει ήδη πραγματοποιηθεί. Γνωρίζω επίσης ότι διατηρώ το δικαίωμα της προσφυγής στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλέφωνο 210 6475628, e-mail: [contact@dpa.gr](mailto:contact@dpa.gr)). Η συγκατάθεσή μου παρέχεται για τους ως άνω σκοπούς χωρίς να συνοδεύεται από κάποια συμβατική υποχρέωση ή άλλη νόμιμη συνέπεια.

---

**Ημερομηνία**

---

**Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή  
του ασκούντος τη γονική  
μέριμνα/κηδεμόνας**