

Письменное согласие спортсмена на процедуру классификации

1. Я соглашаюсь пройти процедуру классификации, описанную в Правилах и нормах классификации Международной пара атлетики (WPA), и осуществляемую назначенной Федерацией спорта лиц с ПОДА классификационной группой. Я понимаю, что этот процесс может потребовать выполнения мною спортивных упражнений и тестов, а также наблюдение за моим участием в соревнованиях. Я понимаю, что имеется риск получения травмы при выполнении упражнений и тестов. Я подтверждаю, что я достаточно здоров(а), чтобы участвовать в процедуре классификации.
2. Я понимаю, что должен(на) выполнять требования классификационной группы. Они включают предоставление документации, достаточной для того, чтобы дать возможность классификационной группе определить, соответствую ли я требованиям годности для участия в соревнованиях по легкой атлетике МПК. Я понимаю, что если я не выполню какое-либо требование, то процедура классификации может быть приостановлена без назначения мне спортивного класса.
3. Я понимаю, что процедура классификации требует, чтобы я продемонстрировал(а) максимальное усилие, и что любое намеренное искажение моих навыков, способностей и/или степени моего поражения во время процедуры классификации может привести к возложению на меня дисциплинарного взыскания (см. Классификационные правила WPA, Раздел 8, п.32).
4. Я понимаю, что процедура классификации - процесс принятия решений, и соглашаюсь признавать решения классификационной группы. Если я не согласен(а) с решением классификационной группы, я соглашаюсь соблюдать процесс подачи протеста, как определено в Классификационных правилах (см. Классификационные правила WPA, Раздел 6).
5. Я соглашаюсь на видео и фото съемку во время процесса классификации, включающего мою деятельность в период проведения соревнований на спортивном объекте и вне его.
6. Я соглашаюсь на обработку Федерацией спорта лиц с ПОДА моих анкетных данных в любом формате, включая мое полное имя, регион, дату рождения, спортивную дисциплину, спортивный класс, статус спортивного класса и соответствующую медицинскую информацию. Я соглашаюсь на публикацию Федерацией спорта лиц с ПОДА моего имени, даты рождения, региона, спортивного класса и статуса спортивного класса, и на совместное использование с третьими лицами, такими как организаторы соревнования.

Я хочу содействовать Федерации спорта лиц с ПОДА в развитии системы классификации и поэтому позволяю использование моих данных, собранных во время процедуры классификации, и видео материала, произведенного во время тренировок и соревнований, для исследований и образовательных целей Федерации спорта лиц с ПОДА. Я понимаю, что могу отозвать это согласие в любое время.

Фамилия, имя спортсмена _____ Подпись _____ Дата _____

Родитель / сопровождающий _____ Подпись _____ Дата _____