

Форма согласия спортсмена на процедуру классификации

1. Я соглашаюсь пройти процедуру классификации спортсмена, подробно описанную в Правилах по классификации Всемирной Федерации регби на колясках (WWR), проводимую Классификационной группой, назначенной Всероссийской Федерацией спорта лиц с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА). Я понимаю, что этот процесс может потребовать от меня участия в спортивных упражнениях и активностях, которые могут включать наблюдение за моим участием в соревнованиях. Я понимаю, что имеется риск получения травмы при выполнении упражнений и активностей. Я подтверждаю, что я достаточно здоров, чтобы участвовать в классификации.
2. Я понимаю, что должен выполнять требования Классификационной группы. Они включают предоставление документации, достаточной для того, чтобы дать возможность Классификационной группе определить, соответствую ли я требованиям для участия в соревнованиях по регби на колясках спорта лиц с ПОДА. Я понимаю, что, если я не выполню какое-либо требование, то процедура классификация может быть приостановлена без присвоения мне спортивного класса.
3. Я понимаю, что процедура классификации требует, чтобы я продемонстрировал максимальное усилие, и что любое намеренное искажение моих навыков, способностей и/или степени моего поражения во время процедуры классификации может привести к дисциплинарным мерам в отношении меня.
4. Я понимаю, что процедура классификации - процесс принятия решений, и соглашаюсь признавать решения Классификационной группы. Если я не согласен с решением Классификационной группы, я соглашаюсь соблюдать процесс подачи протеста и/или апелляции, как определено в Регламенте по классификации Всероссийской Федерации спорта лиц с ПОДА, Правилах по классификации WWR, Классификационном Кодексе МПК и Международных стандартах.
5. Я понимаю, что Всероссийская Федерация спорта лиц с ПОДА может назначать классификаторов-стажеров для участия в некоторых или во всех этапах классификации под наблюдением Классификационной группы для развития компетенций классификатора.
6. Я соглашаюсь на видео и фотосъемку во время процесса классификации, включающего мою деятельность в период проведения соревнований на спортивном объекте и вне его.
7. Я соглашаюсь на обработку Всероссийской 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 Всероссийской Федерацией спорта лиц с ПОДА моего имени, региона, спортивного класса и статуса спортивного класса, и на совместное использование с третьими лицами, такими как организаторы соревнования.

☐ Я хочу содействовать Всероссийской 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 _____
(если спортсмен несовершеннолетний)