

.....
Imiona i Nazwiska Rodziców/Opiekuna prawnego

.....
/adres, tel./

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażamy zgodę na start naszego niepełnoletniego dziecka (Nazwisko i Imię).....

Data urodzeniaw **XII Turnieju o Puchar Prezydenta Miasta Wodzisławia Śl.** w Wodzisławiu Śl. w dniu 18.05.2019 w kategorii * KATA / KUMITE LIGHT KONTAKT/ KUMITE SEMI KONTAKT (walka sportowa, kontaktowa w ochraniaczach). * *niepotrzebne skreślić.*

Jednocześnie potwierdzam, że w dniu zawodów moje dziecko będzie się legitymować aktualnymi badaniami lekarskimi, zezwalającymi na udział w/w zawodach oraz będzie posiadać komplet obowiązujących w jego kategorii ochraniaczy obowiązkowych. Nie będziemy też rościć żadnych pretensji do organizatora z tytułu odniesionych przez nasze dziecko urazów lub kontuzji w czasie zawodów. Wyrażamy również zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych zabiegów przeprowadzonych przez wykwalifikowany zespół ratownictwa medycznego w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu naszego dziecka. W razie decyzji lekarskiej o hospitalizacji, zobowiązujemy się do odbioru dziecka ze szpitala.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Rodziców/Opiekunów prawnych

.....
Imiona i Nazwiska Rodziców/Opiekuna prawnego

.....
/adres, tel./

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażamy zgodę na start naszego niepełnoletniego dziecka (Nazwisko i Imię).....

Data urodzeniaw **XII Turnieju o Puchar Prezydenta Miasta Wodzisławia Śl.** w Wodzisławiu Śl. w dniu 18.05.2019 w kategorii * KATA / KUMITE LIGHT KONTAKT/ KUMITE SEMI KONTAKT (walka sportowa, kontaktowa w ochraniaczach). * *niepotrzebne skreślić.*

Jednocześnie potwierdzam, że w dniu zawodów moje dziecko będzie się legitymować aktualnymi badaniami lekarskimi, zezwalającymi na udział w/w zawodach oraz będzie posiadać komplet obowiązujących w jego kategorii ochraniaczy obowiązkowych. Nie będziemy też rościć żadnych pretensji do organizatora z tytułu odniesionych przez nasze dziecko urazów lub kontuzji w czasie zawodów. Wyrażamy również zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych zabiegów przeprowadzonych przez wykwalifikowany zespół ratownictwa medycznego w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu naszego dziecka. W razie decyzji lekarskiej o hospitalizacji, zobowiązujemy się do odbioru dziecka ze szpitala.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Rodziców/Opiekunów prawnych