

**ZGODA RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)
NA UDZIAŁ UCZNIĄ W ZAWODACH WPÓŁZAWODNICTWA
SPORTOWEGO DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ
Szkolnego Związku Sportowego**

My niżej podpisani / Ja niżej podpisany(na) wyrażam/y zgodę na uczestnictwo naszego/mojego dziecka *)

imię i nazwisko dziecka /klasa/data urodzenia

w zawodach sportowych (cyklu imprez) -----

wymienić dyscyplinę/y sportu

które odbędą się w dniu (dniach/ roku szkolnym).....

..... W

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby moje dziecko uczestniczyło w międzyszkolnych zawodach sportowych. Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji przez opiekuna, organizatora zawodów związanych z zagrożeniem zdrowia i życia mojego dziecka.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez organizatorów na potrzeby organizacji Współzawodnictwa Sportowego Dzieci i Młodzieży Szkolnej SZS oraz na opublikowanie zarejestrowanego wizerunku w materiałach i informacjach z w/w zawodów. (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. 1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

miejsce i data

podpis rodzica/ców / opiekuna/ów

telefon kontaktowy

Informacja o posiadanych Licencjach Sportowych mojego w/w dziecka.*

Nazwa Związku Sportowego

Uprawiana dyscyplina Sportowa/ Nazwa Klubu /Miejsce

miejsce i data

podpis rodzica/opiekuna

*- jeżeli brak lub nie dotyczy należy skreślić.