**Zgoda rodziców/opiekunów na**

**udział niepełnoletniego dziecka/podopiecznego w zawodach sportowych  
Ogólnopolska Olimpiada Młodzieży/Mistrzostwa Polski Juniorek i Juniorów Młodszych   
w dniach 23-24.10. 2020 roku w Zamościu**

**Drużynowe Mistrzostwa Polski Juniorek i Juniorów Młodszych w dniu 25.10.2020 r.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko rodzica/opiekuna

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. kontaktowy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL dziecka

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na udział mojego/mojej syna/córki/podopiecznego

……………………………………………………………………………………………………………

/imię i nazwisko/

w zawodach

w dniach 23-25.10.2020 r. **HalaOSiR – Ośrodek Sportu i Rekreacji w Zamościu, 22-400 Zamość, ul. Królowej Jadwigi 8;**

…………………………………………………………………………………………………….

/miejsce, termin/

organizowanym przez Polski Związek Judo, UKS Padwa Zamość.

Jednocześnie oświadczam, że dziecko/podopieczny nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udział   
w zawodach sportowych.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka/podopiecznego. Opiekę nad dzieckiem/podopiecznym będzie sprawował Trener ……………………………………………

W razie decyzji lekarskiej o hospitalizacji, zobowiązuję się do odbioru dziecka/podopiecznego ze szpitala.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data podpis rodzica/opiekuna