**Zgoda Rodziców/Opiekunów**

**na udział dziecka/podopiecznego w akcji szkoleniowej PZ Judo**

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

imię i nazwisko rodzica/opiekuna

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

adres

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

tel. kontaktowy

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

PESEL dziecka

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego

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

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

w akcji szkoleniowej (zgrupowaniu/zawodach) judo, która odbędzie/odbędą się/
w dniach **……………………………………………………………………………………………………………………………..**

Wyjazd na w/w akcję szkoleniową jest organizowany przez Polski Związek Judo w ramach programu szkolenia **Kadry Narodowej Juniorów Młodszych.**

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

Przyjmuję do wiadomości, że za miejsce rozpoczęcia i zakończenia akcji uznawane jest miejsce zbiórki wyznaczone przez trenera na lotnisku z którego zawodnicy wylatują oraz na którym lądują. Trener oraz Polski Związek Judo nie odpowiada za drogę z/do miejsca zamieszkania z/do miejsca zbiórki.

Wyrażam zgodę na opiekę Trenera Tomasza Jopka.

Opiekę nad dzieckiem/podopiecznym będą sprawowali Trener Tomasz Jopek oraz trenerzy współpracujący …………………………………………………. .

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów medycznych w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka/podopiecznego.

Jestem świadoma/świadomy stanu epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 obowiązującego na terenie kraju, w którym odbywa się w/w akcja szkoleniowa oraz, że pomimo stosowania przez Polski Związek Judo szczególnych środków ochronnych nie powoduje to całkowitego wyeliminowania ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na poddanie się mojego dziecka/podopiecznego wszelkim regułom i przepisom sanitarnym obowiązującym na terenie kraju, w którym odbywa się w/w akcja szkoleniowa.

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

data podpis Rodzica/Opiekuna

\* niepotrzebne skreślić