**Zgoda rodziców / opiekunów na udział niepełnoletniego dziecka/podopiecznego w zawodach sportowych – Międzywojewódzkie Mistrzostwa Młodzików w Judo**

**Bydgoszcz – 17.10.2020 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 dniu 17.10.2020 r. w Hali Szkoły Podstawowej nr 31 , ul.M Karłowicz 2 85-092 Bydgoszcz

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

/miejsce, termin/

organizowanym przez Kujawsko-Pomorski Związek Judo i UKS 10 Bydgoszcz

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