

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA ZGRUPOWANIA SPORTOWEGO

WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM - DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania dziecka.....

Istotne informacje dot. stanu zdrowia dziecka (np. uczulenia; choroby przewlekłe; leki, które przyjmuje na stałe itp.):

.....
.....
.....

(skreślić pole, jeśli nieistotne)

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO*

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*.....

Nr telefonu.....

Imię i nazwisko drugiego rodzica/opiekuna/osoby do kontaktu

Nr telefonu.....

Jako rodzic/opiekun prawny* wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego* w zgrupowaniu sportowym organizowanych przez stowarzyszenie: **AS Targówek**, ul. Rembrandta 8, 03-531 Warszawa NIP 5242918193;

zwanych dalej Klubem. **Akcja odbędzie się: 22-31.08.2024, AWF Biała Podlaska, ul. Akademicka 2, 21-500 Biała Podlaska**, oraz że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych i psychicznych do udziału mojego dziecka/podopiecznego* w tej akcji szkoleniowej. W razie sytuacji zagrażającej życiu lub zdrowiu małoletniego uczestnika zgrupowania, upoważniam pełnoletniego opiekuna do: udzielenia pierwszej pomocy medycznej i podania odpowiednich środków leczniczych; reprezentowania mnie w placówkach ochrony zdrowia jako opiekun dziecka/opiekuna prawnego dziecka. Wyrażam, również zgodę na przetwarzanie danych osobowych swoich oraz mojego dziecka/podopiecznego* przez Klub, oraz umieszczanie jego wizerunku na stronie internetowej Klubu oraz w serwisach społecznościowych.

Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są prawdziwe.

*niepotrzebne skreślić

czytelny, własnoręczny
podpis rodzica/opiekuna prawnego*

.....



**Praskie
Centrum
Sportu**



**AKADEMIA SPORTU
TARGÓWEK**