

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

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

wymienić dyscyplinę/y sportu

które odbędą się w dniu

Miejsce zawodów:

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 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.).

Wymagane:

Termin zwrotu zgody do dnia

.....
miejscowość i data

.....
podpis rodzica/ców / opiekuna/ów

.....
telefon kontaktowy