

.....
Nazwisko i imię Rodzica lub opiekuna

.....
Nr telefonu kontaktowego

.....
Data urodzenia dziecka

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby moja córka – syn

..... uczestniczył/a/ w rozgrywkach
/ nazwisko i imię dziecka /

Braks Mysłowickiej Ligi Futsalu

Jestem jednocześnie świadoma/-y/, iż uczestnictwo w rozgrywkach BMLF wiąże się z ryzykiem utraty zdrowia, a nawet życia i nie będę rościć żadnych żądań odnośnie zadośćuczynienia ani odszkodowania w przypadku zaistnienia powyższych. Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka, przez organizatorów zawodów lub opiekuna, w czasie trwania lub po zakończeniu zawodów.

Jednocześnie informuję, że ja osobiście oraz także moje dziecko/podopieczny, zapoznani jesteśmy z „Regulaminem Braks Mysłowickiej Ligi Futsalu”, akceptujemy wszystkie jego postanowienia oraz zobowiązujemy się do jego przestrzegania.

Podpis Rodzica
lub **opiekuna prawnego**

Miejscowość, data

.....
Nazwisko i imię Rodzica lub opiekuna

.....
Nr telefonu kontaktowego

.....
Data urodzenia dziecka

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby moja córka – syn

..... uczestniczył/a/ w rozgrywkach
/ nazwisko i imię dziecka /

Braks Mysłowickiej Ligi Futsalu

Jestem jednocześnie świadoma/-y/, iż uczestnictwo w rozgrywkach BMLF wiąże się z ryzykiem utraty zdrowia, a nawet życia i nie będę rościć żadnych żądań odnośnie zadośćuczynienia ani odszkodowania w przypadku zaistnienia powyższych. Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka, przez organizatorów zawodów lub opiekuna, w czasie trwania lub po zakończeniu zawodów.

Jednocześnie informuję, że ja osobiście oraz także moje dziecko/podopieczny, zapoznani jesteśmy z „Regulaminem Braks Mysłowickiej Ligi Futsalu”, akceptujemy wszystkie jego postanowienia oraz zobowiązujemy się do jego przestrzegania.

Podpis Rodzica
lub **opiekuna prawnego**

Miejscowość, data