

**ZGODA RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)
NA UDZIAŁ UCZNIA W ZAWODACH WPÓŁZAWODNICTWA SPORTOWEGO
DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ
Szkolnego Związku Sportowego**

Ja niżej podpisany(na) wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka:

/imię i nazwisko dziecka /klasa/data urodzenia/

w zawodach sportowych (cyklu imprez) -----

/proszę wymienić dyscyplinę/y sportu/

które odbędą się w dniu (dniach/ roku szkolnym)-----

----- w -----

Wyrażam również zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka do domu po zakończeniu zawodów sportowych ----- (tak lub nie)

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.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez organizatorów na potrzeby organizacji Współzawodnictwa Sportowego Dzieci i Młodzieży Szkolnej SZS 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.).

/miejscowość i data/

/podpis rodzica/ prawnego opiekuna/

/telefon kontaktowy/

Informacja o posiadanych Licencjach Sportowych mojego dziecka.*

/Nazwa Związku Sportowego/

/Uprawiana dyscyplina Sportowa/ Nazwa Klubu /Miejscowość/

/miejscowość i data/

/podpis rodzica/prawnego opiekuna/

** jeżeli brak lub nie dotyczy należy skreślić*