ZGODA na UDZIAŁ OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

DOTYCZY:

(niepotrzebne skreślić)

1/ udział w MISTRZOSTWACH EUROPY w KARATE TRADYCYJNYM
(5-7.10.2023 r. Włochy- Rimini)

2/ udział w PUCHARZE EUROPY w KARATE TRADYCYJNYM
(7-8.10.2023 r. Włochy- Rimini)

3/ udział w WYJEŹDZIE ORGANIZOWANYM PRZEZ POLSKI ZWIĄZEK KARATE TRADYCYJNEGO (3-9.10.2023 r. Włochy- Rimini);

…….… ……..……
/imię i nazwisko uczestnika/ /imię i nazwisko opiekuna pranego oraz nr tel./

…….
/rodzaj i nr dokumentu tożsamości/

…….. ……..…….
/data urodzenia i nr PESEL/ /imię i nazwisko opiekuna pranego oraz nr tel./

……...
/adres zamieszkania/

……..
/ nr tel. do kontaktu/

Jako opiekun prawny wyrażam zgodę na udział w/w osoby niepełnoletniej będącej pod moją opieką prawną w aktywności Polskiego Związku Karate Tradycyjnego oraz oświadczam, że spełnia ona n/w warunki i wyrażam n/w zgody:

- posiada aktualne badania lekarskie uprawniające do udziału we współzawodnictwie sportowym w karate tradycyjnym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz brak przeciwskazań zdrowotnych,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz nieodpłatnego udostępnienie wizerunku uczestnika na potrzeby realizacji, relacji i sprawozdawczości z aktywności,
- biorę odpowiedzialność finansową za ew. szkody materialne spowodowane przez uczestnika,
- biorę odpowiedzialność materialną za sprzęt elektroniczny, pieniądze i inne rzeczy wartościowe uczestnika,
- w związku z obowiązującym uczestników bezwzględnym zakaz posiadania i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia tytoniu i używania narkotyków- wyrażam zgodę na ew. przebadanie uczestnika w kierunku używania w/w,
- w razie wypadku/ choroby wyrażam zgodę na udzielenie pomocy medycznej, leczenie ambulatoryjne/ podanie leków.

ISTOTNE INFORMACJE o UCZESTNIKU

(szczepienia, zdrowotne, przyjmowane leki, uczulenia, alergie, inne)

szczepienia (rok): tężec……...…błonica……inne……..……

……...……..

…….…..……..

……..…….…….

…….…….……

……..

……..……

/opiekun-owie prawny-ni- data i czytelny podpis/