

**ZGODA RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)
NA UDZIAŁ DZIECKA W AMATORSKICH ZAWODACH PŁYWACKICH
O PUCHAR STAROSTY**

Ja niżej podpisany(na) wyrażam/a zgodę na uczestnictwo naszego/mojego dziecka

imię i nazwisko dziecka /data urodzenia

w AMATORSKICH ZAWODACH PŁYWACKICH O PUCHAR STAROSTY,

które odbędą się w dniu 10.12.2022 r., na pływalni MAZOWIECKIEGO CENTRUM SPORTÓW
ZIMOWYCH KOMPLEKS CHORZELE.

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby moje dziecko uczestniczyło
w zawodach pływackich. Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji przez 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 AMATORSKICH ZAWODÓW
PŁYWACKICH O PUCHAR STAROSTY oraz na opublikowanie zarejestrowanego wizerunku w
materiałach i informacjach z w/w zawodów zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

miejscowość i data

podpis rodzica/ opiekuna

telefon kontaktowy



POWIAT PRZASNYSKI

