**ZGODA RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)**

**NA UDZIAŁ UCZNIA W ZAWODACH WPÓŁZAWODNICTWA SPORTOWEGO**

**DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ
Szkolnego Związku Sportowego**

 My niżej podpisani / Ja niżej podpisany (na) wyrażam/y zgodę na uczestnictwo naszego/mojego
dziecka \*) .......................................................................................................... w zawodach sportowych
 *imię i nazwisko dziecka /klasa*

z ............................................................................. które odbędą się w dniu ………......………………........

 *wymienić dyscyplinę/y sportu*

w …………...............…………………… po opieką p. ..................................................................................

 *miejscowość imię i nazwisko nauczyciela*

 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 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/ców / opiekuna/ów telefon kontaktowy

PESEL dziecka: .................................................. \*- jeżeli brak lub nie dotyczy należy skreślić

**ZGODA RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)**

**NA UDZIAŁ UCZNIA W ZAWODACH WPÓŁZAWODNICTWA SPORTOWEGO**

**DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ
Szkolnego Związku Sportowego**

 My niżej podpisani / Ja niżej podpisany (na) wyrażam/y zgodę na uczestnictwo naszego/mojego
dziecka \*) .......................................................................................................... w zawodach sportowych
 *imię i nazwisko dziecka /klasa*

z ............................................................................. które odbędą się w dniu ………......………………........

 *wymienić dyscyplinę/y sportu*

w …………...............…………………… po opieką p. ..................................................................................

 *miejscowość imię i nazwisko nauczyciela*

 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 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/ców / opiekuna/ów telefon kontaktowy

PESEL dziecka: .................................................. \*- jeżeli brak lub nie dotyczy należy skreślić