

**ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH
NA UDZIAŁ DZIECKA W ROZGRYWKACH POWIATOWEJ
AMATORSKIEJ LIDZE PIŁKI SIATKOWEJ DRUŻYN MIESZANYCH
W KOŚCIERZYNIE
W SEZONIE 2023/2024**

Imię, nazwisko i data urodzenia dziecka

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

Numer telefonu rodzica/ opiekuna prawnego

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka _____
w rozgrywkach Powiatowej Amatorskiej Ligi Piłki Siatkowej Drużyn Mieszanych
w Kościerzynie. Jednocześnie oświadczam, że dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych
na udział w zawodach. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych działań
w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka. Niniejszym oświadczam, że
wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka podczas rozgrywek oraz
wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć oraz wideo na stronach
internetowych, a także na profilach społecznościowych w celach informacji i promocji
wydarzenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem rozgrywek i go akceptuję.

Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego