

**ZGODA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA UDZIAŁ
W ROZGRYWKACH WOJEWÓDZKIM KINDER JOY OF MOVING –**

**LIGA WOJEWÓDZKA MINISIATKÓWKI ZZPS**

Wyrażam / wyrażamy zgodę na udział mojego / naszego dziecka \*)

…………………………………………………………………………………………………
 **(nazwisko i imię dziecka)**

…………………………………………………………………………………………………. **(nazwa klubu/szkoły)**

w zawodach sportowych Ligi Wojewódzkiej Minisiatkówki ZZPS Kinder Joy of Moving

w dniu  **……………………………….**, w miejscowości ………………………………….

Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia mojego / naszego dziecka pozwala
na udział w tego typu zawodach.

Wyrażam / wyrażamy zgodę na leczenie szpitalne i diagnostyczne w przypadku zaistnienia takiej potrzeby.

…………………………………………………………………………………………………..

Czytelni podpis rodzica/ opiekuna prawnego

……………………………………………………………….
(data i miejsce)

**\*) - niepotrzebne skreślić**