

## OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko uczestnika zajęć .....

Data urodzenia (DD-MM-RRRR) ....., PESEL .....

Adres zamieszkania ul. .... nr .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

Tel ..... e-mail .....

Dla uczestników niepełnoletnich wymagana jest zgoda rodziców lub prawnych opiekunów dziecka.

Dane rodziców/opiekunów prawnych:

1. .... tel. ....

e-mail .....

2. .... tel. ....

e-mail .....

**Jako prawny opiekun, wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach piłki nożnej i jednocześnie oświadczam, iż do czasu wykonania badań lekarskich biorę pełną odpowiedzialność za dziecko. Oprócz tego oświadczam, iż moje dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach piłki nożnej.**

**Oświadczam, że zarówno uczestnik zajęć, jak i ja jako jego opiekun prawny zapoznaliśmy się z Regulaminem Szkołki Piłkarskiej Football School, w tym wynikającymi z niego warunkami uczestnictwa w zajęciach i zobowiązuję się do ich przestrzegania.**

.....

/ data i miejsce /

.....

/ czytelny podpis uczestnika pełnoletniego lub rodzica / opiekuna prawnego/