

**Oświadczenie Rodzica lub Opiekuna prawnego
o zdolności osoby niepełnoletniej do udziału zajęciach pn.
„Letnia Akademia Sztuk Walki” .**

Imię i nazwisko Rodzica lub Opiekuna prawnego:

.....

Ja wyżej wymieniony, jako Rodzic/Opiekun prawny, wyrażam zgodę na udział:

.....

(imię i nazwisko osoby niepełnoletniej)

w zajęciach „Letnia Akademia Sztuk Walki” w okresie

Oświadczam, że dane osobowe podane w zgłoszeniu są aktualne i zgodne z prawdą. Jako rodzic / opiekun prawny osoby niepełnoletniej akceptuję Regulamin „Letniej Akademii Sztuk Walki” znajdujący się na stronie www.osir.suwalki.pl.

Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za stan zdrowia dziecka oraz za jego udział w wyżej wymienionej imprezie rekreacyjno-sportowej. Niniejszym oświadczam, że w stanie zdrowia dziecka brak jest jakichkolwiek przeciwwskazań zdrowotnych, które mogą utrudniać lub uniemożliwiać jego udział w zajęciach sportowych pn. „Letnia Akademia Sztuk Walki”. Stan jego zdrowia pozwala na udział jako uczestnika.

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb niezbędnych do organizacji i prowadzenia zajęć sportowych pn. „Letnia Akademia Sztuk Walki” zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Wyrażam również zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w materiałach informacyjnych dotyczących zajęciach sportowych pn. „Letnia Akademia Sztuk Walki”.

data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego