……

Imię/Imiona i Nazwisko Rodzica-ów/* Opiekuna prawnego

……

/adres, tel./

OŚWIADCZENIE RODZICA –ów/OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam/my* zgodę na start mojego/naszego* niepełnoletniego dziecka

……

(Nazwisko i imię)

urodz. w dniu ……. w zawodach sportowych:

VII Kołobrzeskim Turnieju Karate Kyokushin dla Dzieci Umi No Shinju – Morska Perła, w dniu 31.05.2025 Kołobrzeg

1. Oświadczam/my*, że moje/nasze* dziecko nie choruje na koronawirusa, nie miało na przestrzeni ostatnich czternastu dni świadomej styczności z osobami zakażonymi korona wirusem oraz nie jest objęte kwarantanną z powodu korona-wirusa.
2. Oświadczam/my*, że w dniu turnieju moje/nasze* dziecko będzie legitymować się aktualnymi badaniami lekarskimi, zezwalającymi na udział w/w turnieju oraz będzie posiadać komplet obowiązujących w jego kategorii ochraniaczy obowiązkowych.
3. Oświadczam/my*, że moje/nasze* dziecko posiada indywidualne ubezpieczenie NNW i nie będę rościć żadnych pretensji do organizatora z tytułu odniesionych przez moje/nasze* dziecko ewentualnych urazów lub kontuzji w czasie zawodów.
4. Wyrażam/my* zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego/naszego* dziecka w zakresie potrzebnym do przygotowania oraz przeprowadzenia turnieju.
5. Wyrażam/my* zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie wizerunku mojego/naszego* dziecka do celów związanych z przeprowadzeniem i promocją turnieju.
6. Administratorem danych osobowych zawodników, na czas przygotowania i udziału w turnieju, jest Kyokushihn Karate Kołobrzeg BUNTAI . Po zakończeniu turnieju dane osobowe nie będą przetwarzane i nie będą udostępniane osobom trzecim poza komunikatem końcowym zawodów.

Upoważniam:

*niepotrzebne skreślić

…… …….

Miejscowość, data Czytelne podpisy Rodziców/Opiekunów prawnych

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a, ojciec/matka

(Imię Nazwisko PESEL dziecka)…….

wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich czynności medycznych, diagnostycznych i leczniczych, uznanych za konieczne przez personel medyczny w przypadku nagłego zdarzenia zdrowotnego u mojego dziecka.

W przypadku niestwierdzenia wskazań do hospitalizacji upoważniam:

……(Imię Nazwisko PESEL opiekuna – np. trener)

do odbioru mojego dziecka ze szpitala na moją odpowiedzialność:

……Podpisy czytelne **rodziców**