

**ZGODA RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)  
NA UDZIAŁ UCZNIĄ W ZAWODACH WPÓŁZAWODNICTWA  
SPORTOWEGO DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ  
Szkolnego Związku Sportowego**

My niżej podpisani / Ja niżej podpisany(na) wyrażam/y zgodę na uczestnictwo naszego/mojego dziecka \*)

-----  
imię i nazwisko dziecka /klasa/data urodzenia

w zawodach sportowych ( cyklu imprez) -----

-----  
wymienić dyscyplinę/y sportu

które odbędą się w dniu (dniach/ roku szkolnym).....

..... W .....

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby moje dziecko uczestniczyło w międzyszkolnych zawodach sportowych. Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji przez opiekuna, organizatora zawodów związanych z zagrożeniem zdrowia i życia mojego dziecka.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez organizatorów na potrzeby organizacji Współzawodnictwa Sportowego Dzieci i Młodzieży Szkolnej SZS oraz na opublikowanie zarejestrowanego wizerunku w materiałach i informacjach z w/w zawodów. (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. 1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

-----  
miejsce i data

-----  
podpis rodzica/ców / opiekuna/ów

-----  
telefon kontaktowy

**Informacja o posiadanych Licencjach Sportowych mojego w/w dziecka.\***

-----  
Nazwa Związku Sportowego

-----  
Uprawiana dyscyplina Sportowa/ Nazwa Klubu /Miejsce

-----  
miejsce i data

-----  
podpis rodzica/opiekuna

\*- jeżeli brak lub nie dotyczy należy skreślić.