

arszawa, dnia .....

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA ZAWODNIKA

WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM - DRUKOWANYMI LITERAMI

### DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka.....  
Data urodzenia dziecka .....

Adres zamieszkania dziecka... ..

**Istotne informacje dot. stanu zdrowia dziecka (np. uczulenia; choroby przewlekłe; leki, które przyjmuje na stałe itp.):**

.....  
.....  
.....

(skreślić pole, jeśli nieistotne)

### **DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\***

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego\*.....

Nr telefonu.....

Imię i nazwisko drugiego rodzica/opiekuna/osoby do kontaktu .....

Nr telefonu.....

Jako rodzic/opiekun prawny\* wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego\* w zajęciach sportowych organizowanych przez stowarzyszenie: **UKS Akademia Balance** ul. Fabryczna 11/7, 05-077 Warszawa, NIP 9522240647 zwanego dalej Klubem. Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych i psychicznych do udziału mojego dziecka/podopiecznego\* w zajęciach sportowych. W razie sytuacji zagrażającej życiu lub zdrowiu małoletniego upoważniam pełnoletniego opiekuna do udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej. Wyrażam, również zgodę na przetwarzanie danych osobowych swoich oraz mojego dziecka/podopiecznego\* przez Klub, oraz umieszczanie jego wizerunku na stronie internetowej Klubu oraz w serwisach społecznościowych.

**Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są prawdziwe**

\*niepotrzebne skreślić

czytelny, własnoręczny  
podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

.....

