**Małopolski Związek Stowarzyszeń Kultury Fizycznej**

**30-003 Kraków; ul. Śląska 5/1**

**NIP: 675-12-19-067**

**kom. 504 244 576**

[www.mzskf.krakow.pl](http://www.mzskf.krakow.pl) **e-mail:** mzskf@mzskf.krakow.pl

**OŚWIADCZENIE ZAWODNIKA PełNOLETNIEGO /**
**osoby towarzyszącej**

|  |  |
| --- | --- |
| Sport\* |  |
| Termin\* |  | Miejscowość\* |  |
| Nazwa wozs lub klubu wiodącego\* |  |

*\* - wypełnia trener koordynator*

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko zawodnika pełnoletniego / osoby towarzyszącej)

będący/a uczestnikiem ww. akcji jednostkowej finansowanej przez Małopolski Związek Stowarzyszeń Kultury Fizycznej i organizowanej przy współudziale wozs lub klubu wiodącego oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję regulamin akcji jednostkowej (dostępny na stronie internetowej <https://www.mzskf.krakow.pl/wordpress/wp-content/uploads/druki/KWM/zal_18b_regulamin_obow_szkol.docx>). oraz świadomy/a odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy oświadczam, że:

* jestem zdrowy/a w dniu wyjazdu i nie mam znamion infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną,
* nie zamieszkiwałem/am z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miałem/am kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przed rozpoczęciem akcji jednostkowej.
* zostałem/am zapoznany/a oraz jestem świadomy/a obowiązku stosowania się do wytycznych uczestnictwa w akcjach jednostkowych w czasie stanu epidemii lub zagrożenia epidemicznego wirusa COVID-19.

Ponadto zobowiązuję się do posiadania indywidualnej osłony nosa i ust (maseczka zgodna z aktualnie obowiązującymi przepisami) do użycia podczas akcji jednostkowej.

 …..................................................

 *podpis zawodnika pełnoletniego / os. towarzyszącej*