**Małopolski Związek Lekkiej Atletyki**  
ul. Kielecka 24/1  
31-523 Kraków  
NIP: 6751189099

e-mail: [biuro@mzla.pl](mailto:biuro@mzla.pl)  
strona: [www.mzla.pl](http://www.mzla.pl/)

**ZGODA RODZICA LUB OPIEKUNa PRAWNego**

**zawodnika niepełnoletniego NA UDZIAŁ W AKCJI jednostkowej**

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

*\* - wypełnia trener koordynator*

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka lub wychowanka …………………………………………………….

(imię i nazwisko dziecka lub wychowanka)

w ww. akcji jednostkowej finansowanej przez Małopolski Związek Stowarzyszeń Kultury Fizycznej   
i organizowanej przy współudziale wozs lub klubu wiodącego oraz 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>). Zapoznałem/am moje dziecko lub wychowanka z regulaminem akcji jednostkowej i zobowiązuję się w przypadku nieprzestrzegania przez niego ww. regulaminu do jego odebrania z akcji jednostkowej oraz pokrycia ewentualnych wyrządzonych szkód materialnych. Jednocześnie upoważniam trenerów do sprawowania opieki i nadzoru nad moim dzieckiem lub wychowankiem w trakcie jego pobytu na akcji jednostkowej.

Świadomy/a odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy oświadczam, że moje dziecko lub mój wychowanek:

* jest zdrowy w dniu wyjazdu i nie ma znamion infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną,
* posiada aktualną kartę zdrowia / aktualne badania lekarskie/

Ponadto zobowiązuję się do niezwłocznego (do 12 godzin) odbioru dziecka lub wychowanka ze zgrupowania w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności itp.).

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

*podpis rodzica lub opiekuna prawnego*

**Małopolski Związek Lekkiej Atletyki**  
ul. Kielecka 24/1  
31-523 Kraków  
NIP: 6751189099

e-mail: [biuro@mzla.pl](mailto:biuro@mzla.pl)  
strona: [www.mzla.pl](http://www.mzla.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,
* posiadam aktualną kartę zdrowia

.

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

*podpis zawodnika pełnoletniego / os. towarzyszącej*