|  |  |
| --- | --- |
| ............................................................................ | ....................................................................... |
| Imię i Nazwisko rodzica ( opiekuna ) | miejscowość, data |

***O Ś W I A D C Z E N I E***

*Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka (imię i nazwisko, data urodzenia dziecka)*

*..............................................................................................................................................................................................................*

*w* **V Ogólnopolskim****Trunieju Karate Kyokushin o Puchar Wójta Gminy Wijewo w dniu****15.04.2023 r. w Brennie** organizowanym przez Klub Sportowy Karate Kyokushin w konkurencji : kumite bez kontaktu, kumite semi kontakt, kata (niepotrzebne skreślić).

1. Oświadczam, że w dniu turnieju moje dziecko będzie legitymować się aktualnymi badaniami lekarskimi (dotyczy konkurencji semi kontakt), zezwalającymi na udział w/w turnieju oraz będzie posiadać komplet obowiązujących w jego kategorii ochraniaczy obowiązkowych.

2. Oświadczam, że nasze dziecko posiada indywidualne ubezpieczenie NNW i nie będę rościć żadnych pretensji do organizatora z tytułu odniesionych przez nasze dziecko ewentualnych urazów lub kontuzji w czasie zawodów.

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka. W razie decyzji lekarskiej o hospitalizacji, zobowiązuję się do odbioru dziecka ze szpitala.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w zakresie potrzebnym do przygotowania oraz przeprowadzenia turnieju.

7. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie wizerunku mojego dziecka do celów związanych z przeprowadzeniem i promocją turnieju.

|  |
| --- |
| ................................................................. |
| Podpis rodzica ( opiekuna prawnego ) |