**ZGODA RODZICÓW NA UDZIAŁ ZAWODNIKA W ZGRUPOWANIU ZAGRANICZNYM**

Wyrażam/y zgodę na udział mojego syna/córki w ZGRUPOWANIU ZAGRANICZNYM KNS   
w skokach do wody w Zadar/Chorwacja w dn. 23-30.09.2024 r. organizowanych przez Polski Związek Pływacki.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna\* czytelny podpis

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna\* czytelny podpis

Wyrażam/y zgodę na hospitalizację, leczenie lub zabiegi operacyjne w przypadku nieszczęśliwego wypadku naszego dziecka.

Jednocześnie informuję/my, żesyn:

* choruje na przewlekłe choroby: TAK NIE

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

* zażywa na stałe leki TAK NIE

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

* jest uczulony TAK NIE

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

* jak znosi jazdę autokarem DOBRZE ŹLE
* inne uwagi

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

Dane osobowe dot. zawodnika

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………..
2. Adres zamieszkania:………………………………………………………………………
3. Nr telefonu: …………………………………… ……………………………………………

Domowy - komórkowy rodziców/prawnych opiekunów

Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z:

* Regulaminem zgrupowań oraz pobytu na zawodach sportowych zawodników KN PZP – do pobrania ze strony:

https://www.polswim.pl/sites/default/files/regulamin\_zgrupowan\_oraz\_pobytu\_na\_zawodach\_sportowych\_pzp\_0.pdf

* Kartą praw i obowiązków zawodnika KN PZP, członka reprezentacji Polski podczas zgrupowań i zawodów – do pobrania ze strony:

https://www.polswim.pl/sites/default/files/karta\_praw\_i\_obowiazkow\_zawodnika\_kn\_0.pdf

……………………………………………

data i czytelny podpis zawodnika

*Prawidłowość powyższych informacji potwierdzam/y*

…………………………………………… ……………………………………………

data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna