

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy o sporcie z dnia 25 czerwca 2010 r. stwierdzam, że stan zdrowia:

nazwisko: _____

imię: _____ PESEL: _____

zamieszkały(a) _____

może uczestniczyć w treningach i zawodach w sportach strzeleckich.

Miejscowość i data _____ Podpis lekarza _____

ZGODA RODZICÓW – OPIEKUNÓW PRAWNYCH

My niżej podpisani: Opiekunowie prawni (ojciec, matka, inna osoba prawna)

imię i nazwisko: _____

nr dowodu osobistego: _____ wydany dnia: _____

przez _____

zamieszkały(a) _____

tel. _____ e-mail: _____

WYRAŻAM ZGODĘ na udział mojego syna/córki

imię i nazwisko _____

data i miejsce urodzenia _____

szkoła _____

w treningach i zawodach w sportach strzeleckich organizowanych przez BKL SSS „Iglia”
Bełchatów.

ZGODĘ WYPEŁNIAJĄ OSOBIŚCIE RODZICE LUB OPIEKUNOWIE PRAWNI.

Miejscowość i data

Rodzice / Opiekunowie prawni

1. _____

2. _____

podpis