

Imię i nazwisko dziecka _____

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w imprezach organizowanych przez Centrum Aktywnego Wypoczynku AQUA-ZDRÓJ w Wałbrzychu. Jednocześnie potwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zawodach sportowych. Oświadczam, iż w przypadku zmiany decyzji lub uwarunkowań zdrowotnych poinformuję o tym Centrum Aktywnego Wypoczynku AQUA ZDRÓJ osobiście lub listem poleconym.

Imię i nazwisko opiekuna _____

telefon kontaktowy _____

Nr dowodu osobistego opiekuna _____

Data

Podpis Rodzica lub opiekuna dziecka _____

Imię i nazwisko dziecka _____

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w imprezach organizowanych przez Centrum Aktywnego Wypoczynku AQUA-ZDRÓJ w Wałbrzychu. Jednocześnie potwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zawodach sportowych. Oświadczam, iż w przypadku zmiany decyzji lub uwarunkowań zdrowotnych poinformuję o tym Centrum Aktywnego Wypoczynku AQUA ZDRÓJ osobiście lub listem poleconym.

Imię i nazwisko opiekuna _____

telefon kontaktowy _____

Nr dowodu osobistego opiekuna _____

Data

Podpis Rodzica lub opiekuna dziecka _____