



Małopolski Związek Stowarzyszeń Kultury Fizycznej
30-003 Kraków; ul. Śląska 5/1
NIP: 675-12-19-067
kom. 504 244 576
www.mzskf.krakow.pl e-mail: mzskf@mzskf.krakow.pl

ZGODA RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO ZAWODNIKA NIEPEŁNOLETNIEGO NA UDZIAŁ W AKCJI JEDNOSTKOWEJ

Sport*			
Termin*		Miejscowość*	
Nazwa wojs 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 wojs 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,
- nie zamieszkiwał z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miał kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przed rozpoczęciem akcji jednostkowej,
- został zapoznany oraz jest świadom obowiązku stosowania się do wytycznych uczestnictwa w akcjach jednostkowych w czasie stanu epidemii lub zagrożenia epidemicznego wirusa COVID-19.

Ponadto zobowiązuję się do zapewnienia indywidualnej osłony nosa i ust (maseczka zgodna z aktualnie obowiązującymi przepisami) do użycia podczas akcji jednostkowej oraz niezwłocznego (do 12 godzin) odbioru dziecka lub wychowanka w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności itp.).

.....
podpis rodzica lub opiekuna prawnego



Małopolski Związek Stowarzyszeń Kultury Fizycznej
30-003 Kraków; ul. Śląska 5/1
NIP: 675-12-19-067
kom. 504 244 576
www.mzskf.krakow.pl e-mail: mzskf@mzskf.krakow.pl

OŚWIADCZENIE ZAWODNIKA PEŁNOLETNIEGO / OSOBY TOWARZYSZĄCEJ

Sport*			
Termin*		Miejscowość*	
Nazwa wojs 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 wojs 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,
- nie zamieszkiwałem/am z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miałem/am kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przed rozpoczęciem akcji jednostkowej.
- zostałem/am zapoznany/a oraz jestem świadomy/a obowiązku stosowania się do wytycznych uczestnictwa w akcjach jednostkowych w czasie stanu epidemii lub zagrożenia epidemicznego wirusa COVID-19.

Ponadto zobowiązuję się do posiadania indywidualnej osłony nosa i ust (maseczka zgodna z aktualnie obowiązującymi przepisami) do użycia podczas akcji jednostkowej.

.....
podpis zawodnika pełnoletniego / os. towarzyszącej