ZGODA NA UDZIAŁ W ZAWODACH SPORTOWYCH – SSW RAIKEN

1. DANE ZAWODNIKA

- Imię i Nazwisko: _____
- Data urodzenia: _____ PESEL: _____
- Adres zamieszkania: _____

2. INFORMACJE O WYDARZENIU

- Nazwa zawodów: _____
- Data i miejsce: _____
- Konkurencja/Kategoria: _____

3. OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO (lub pełnoletniego zawodnika)

1. Wyrażam zgodę na udział wyżej wymienionego/ej w zawodach sportowych organizowanych w dniu i miejscu wskazanym powyżej.
2. Oświadczam, że stan zdrowia zawodnika pozwala na udział w rywalizacji sportowej o wysokiej intensywności i nie istnieją żadne przeciwwskazania lekarskie.
3. Przyjmuję do wiadomości, że sporty walki są dyscypliną o podwyższonym ryzyku urazowości. Zrzekam się roszczeń wobec Szkoły RAIKEN oraz Instruktorów z tytułu nieszczęśliwych wypadków powstałych w trakcie walki sportowej, o ile nie wynikły one z rażącego zaniedbania organizatora.
4. **Zgoda na pomoc medyczną:** W sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, wyrażam zgodę na podjęcie niezbędnych działań ratowniczych oraz hospitalizację zawodnika przez wykwalifikowane służby medyczne.

4. FINANSE I LOGISTYKA

1. Zobowiązuję się do uregulowania opłaty startowej w wysokości: _____ zł oraz kosztów transportu/noclegu w wysokości: _____ zł do dnia: _____.
2. Rozumiem, że w przypadku rezygnacji z wyjazdu po dokonaniu opłat, wpisowe może być bezzwrotne (zgodnie z regulaminem organizatora zawodów).

5. KONTAKT ALARMOWY

- Imię i Nazwisko opiekuna: _____
- Numer telefonu (aktywny w dniu zawodów): _____

....
(Miejscowość i data) (Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna)

Szkoła Sztuk Walki RAIKEN
ul. Królewska 1, 30-045 Kraków
NIP: 6751796155 | REGON: 528042550
Nr. Konta: 22 1240 2571 1111 0011 3637 9974
Tel. 698337684 | E-mail: dojo.raiken@gmail.com | sswraiken.pl

Szkoła Sztuk Walki RAIKEN
ul. Królewska 1, 30-045 Kraków
NIP: 6751796155 | REGON: 528042550
Nr. Konta: 22 1240 2571 1111 0011 3637 9974
Tel. 698337684 | E-mail: dojo.raiken@gmail.com | sswraiken.pl