

**OŚWIADCZENIE RODZICA O UCZESTNIKU
MINI MISTRZOSTWA MAŁOPOLSKI - SKILLS LEAGUE edycja 2023**

IMIĘ I NAZWISKO ZAWODNIKA: _____

ROK URODZENIA: _____

DRUŻYNA: _____

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO: _____

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

Oświadczam, iż w/w zawodnik w ciągu ostatnich 10 dni nie przebywał za granicą, nie miał kontaktu z osobą zakażoną SARS-Covid2, a także nie wykazuje żadnych objawów chorobowych.

Data i podpis opiekuna prawnego: _____

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA

W imieniu w/w zawodnika wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów organizacji wydarzenia sportowego „Skills League” fundacji SEE CHANCE zgodnie z regulaminem wydarzenia. Jednocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku w/w zawodnika w materiałach promocyjnych i artykułach podsumowujących wydarzenie.

Data i podpis opiekuna prawnego: _____