**ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW PRAWNYCH)**

**NA UDZIAŁ DZIECKA**

**W TESTACH SPORTOWYCH**

……………………………………………………… ………………………. ………………………………………

 imię i nazwisko rodzica (opiekuna) telefon kontaktowy rodzica (opiekuna)

Wyrażam zgodę na udział dziecka

……………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko dziecka

w testach sprawnościowych w dniu ……………………………………

Oświadczam, że moje dziecko jest zdrowe i nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby uczestniczyło w testach sprawnościowych.
Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka, przez kierownika testów lub opiekuna w czasie trwania testów sprawnościowych.

W przypadku zakwalifikowania dziecka do klasy mistrzostwa sportowego zobowiązuję się do dostarczenia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do uprawiania sportu wystawione przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny sportowej.

…………………………………………… ……………………………………………

miejscowość i data podpis rodziców (opiekunów prawnych)