



Klub Strzelecki LESNA Leszno
Pl. Tadeusza Kościuszki 5
64-100 Leszno

Leszno, dnia

**OŚWIADCZENIE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA ZAWODNIKA O STANIE
ZDROWIA I BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU
WE WSPÓLZAWODNICTWIE SPORTOWYM ORAZ UCZESTNICTWIE W ZAJĘCIACH**

Ja niżej podpisany/a jako rodzic/prawny opiekun

.....

oświadczam, iż:

1. Moje dzieckojest zdrowe i nie ma przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mu bezpieczny udział we współzawodnictwie sportowym oraz w zajęciach treningowych w Klubie Strzeleckim LESNA Leszno.
2. Zobowiązuję się do każdorazowego niezwłocznego informowania Klubu o zmianie stanu zdrowia dziecka i wystąpieniu przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mu bezpieczny udział we współzawodnictwie sportowym oraz w zajęciach treningowych.
3. Oświadczam, że na podstawie ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia, niezwłocznie dostarczę orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udziału we współzawodnictwie sportowym (strzelectwo sportowe).
4. Przyjmuję do wiadomości, iż ponoszę całkowitą odpowiedzialność za podanie nieprawdziwych informacji w zakresie stanu zdrowia mojego dziecka.

Czytelny podpis oświadczającego: