



**ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ
w XX Jastrzębskim Teście Coopera w dniu 09.05.2025r. (dalej: Test)**

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data urodzenia dziecka

.....
(Nazwisko, Imię rodzica /opiekuna prawnego , nr telefonu do kontaktu)

.....
(adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego)

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/ podopiecznego w Teście oraz oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa dziecka w wyżej wymienionym Teście.
2. Przyjęłam/em do wiadomości, iż organizator nie ponosi odpowiedzialności za bezpieczeństwo dziecka w trakcie imprezy.
3. Ponoszę pełną odpowiedzialność za dojazd dziecka na miejsce imprezy oraz jego powrót.
4. Przed wyrażeniem niniejszej zgody zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Testu i przyjęłam/em do wiadomości oraz w pełni zaakceptowałam/em zapisy w nim zawarte

.....
data i czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego