**Zgoda rodziców/opiekunów prawnych na udział dziecka w dniu 7 grudnia 2024 r. w zawodach ,,** **XIX Puchar Polski ADCC”**

**………………………………………….**

**/imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/\***

**Wyrażam zgodę na udział dziecka**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy: …………………………………………………………………………………………………………………………

w dniu 7 grudnia 2024 r. w zawodach ,,XIX Puchar Polski ADCC”, które odbędą się w Warszawie.

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby moje dziecko uczestniczyło w zawodach grapplingowych/brazylijskiego jiu-jitsu. Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji przez, organizatora zawodów związanych z zagrożeniem zdrowia i życia mojego dziecka w przypadku mojej nieobecności w trakcie trwania powyższych zawodów.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. nie występują u dziecka przeciwwskazania natury fizycznej i psychicznej do uprawiania sportów walki oraz udziału w powyższych zawodach, a jego udział jest dobrowolny;
2. jestem świadomy ryzyka związanego z udziałem dziecka w zawodach;
3. zarówno ja jak i dziecko znamy i rozumiemy zasady walki, obowiązujące regulaminy, reguły sędziowania oraz przepisy z tym związane;
4. zwalniam organizatorów zawodów oraz sędziów od jakiejkolwiek odpowiedzialności wynikającej
z zaistniałego wypadku, kontuzji, utraty zdrowia lub życia, wywołanej działaniem mojego dziecka albo wyrządzonej mu w trakcie walki przez drugiego zawodnika i w związku z tym nie będę dochodził żadnych roszczeń przeciwko wyżej wymienionym podmiotom,
5. dziecko posiada aktualne badania oraz orzeczenie lekarza medycyny sportu, dopuszczające do udziału w zawodach sportów walki (grappling/brazylijskie jiu-jitsu), a także aktualne ubezpieczenie
NNW obejmujące uczestnictwo w powyższych zawodach sportów walki.
6. Wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych dziecka, w tym jego wizerunku, organizatorowi (Stowarzyszenie Grappling, email: submissionmp@gmail.com telefon: 509-123-672) w celu publikacji zdjęć i nagrań na stronie internetowej i mediach społecznościowych.

**Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego/\*..........................................................................................**

\*skreślić niewłaściwe