**Oświadczenie zawodnika w związku z udziałem w dniu 7 grudnia 2024 r. w zawodach „XIX Puchar Polski ADCC”**

**Dane zawodnika:**

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

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

PESEL:
………………………………………………………………………………………………………………

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

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

**Niniejszym oświadczam iż:**

* Posiadam aktualne badania oraz orzeczenie lekarza medycyny sportu, dopuszczające mnie do udziału w zawodach sportów walki
* Posiadam aktualne ubezpieczenie NNW obejmujące uczestnictwo w zawodach sportów walki
* Nie mam przeciwwskazań lekarskich i zdrowotnych uniemożliwiających wzięcie udziału w zawodach sportów walki
* Jestem świadomy/a zagrożenia (utraty zdrowia lub życia), które niesie za sobą start w zawodach sportów walki i zrzekam się wszelkich roszczeń z tego tytułu w stosunku do organizatora niniejszych zawodów oraz sędziów
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tym wizerunku organizatorowi zawodów

**Data i podpis uczestnika zawodów:**

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