

ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ MAŁOLETNIEGO W ZAWODACH SPORTÓW WALKI POMAGAJ POMAGAĆ - SUMMER FIGHT

Miasto i data:

Imię i nazwisko małoletniego zawodnika (drukowanymi literami):

.....

Data urodzenia małoletniego zawodnika:

.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

.....

Klub zawodnika :

.....

Ja, niżej podpisany/a, będąc opiekunem prawnym małoletniego,
oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział małoletniego w zawodach „**POMAGAJ POMAGAĆ — SUMMER FIGHT MMA / K1 2025**”, które odbędą się w Helu w dniu 11-12 Lipca 2025 r., organizowanych przez firmę Pomagaj Pomagać.
2. Jestem świadomy/a ryzyka związanego z udziałem małoletniego w walkach pełno kontaktowych oraz przyjmuję do wiadomości, że udział w zawodach może wiązać się z ryzykiem utraty zdrowia lub życia.
3. Zawodnik posiada aktualne badania lekarskie dopuszczające go do udziału w zawodach sportowych w formule MMA / K1 / FULL CONTACT /PIERWSZY KROK.
4. Zawodnik posiada aktualne ubezpieczenie NNW obejmujące udział w zawodach sportowych i walkach kontaktowych.
5. Zawodnik nie ma przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających udział w zawodach.
6. Zobowiązuję się dostarczyć organizatorowi aktualne zaświadczenie lekarskie oraz dokument potwierdzający ubezpieczenie NNW przed rozpoczęciem zawodów.
7. Wyrażam nieodpłatnie, nieodwołalną zgodę na utrwalenie i wykorzystanie wizerunku oraz głosu małoletniego zawodnika, zarejestrowanych podczas trwania wydarzenia, w celach dokumentacyjnych, promocyjnych i informacyjnych związanych z działalnością Stowarzyszenia Pomagaj Pomagać (w tym w Internecie, mediach społecznościowych, telewizji, prasie, materiałach reklamowych).
8. Zrzekam się wszelkich roszczeń wobec organizatora zawodów i osób współorganizujących wydarzenie w przypadku urazu, zakażenia lub innych nieprzewidzianych zdarzeń wynikających z udziału w wydarzeniu.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych swoich oraz zawodnika, zgodnie z przepisami RODO, przez Stowarzyszenie Pomagaj Pomagać, w celach związanych z organizacją wydarzenia, promocją i dokumentacją zawodów. Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do danych, ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody.

Data i czytelny podpis opiekuna prawnego:

.....

