



ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO/ RODZICA NA UDZIAŁ OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ W XXI EDYCJI PSZCZYŃSKIEJ AMATORSKIEJ LIGI PIŁKARSKIEJ sezon 2023/24

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/ mojego podopiecznego w rozgrywkach Pszczyńskiej Amatorskiej Ligi Piłkarskiej w sezonie 2023/24 oraz, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w rozgrywkach niżej wymienionego zawodnika:

.....
Imię i nazwisko osoby niepełnoletniej

Rok urodzenia uczestnika

.....
(nazwa zespołu)

w rozgrywkach, które odbywać się będą od września 2023 do czerwca 2024 na obiektach wyznaczonych przez organizatora ligi. Jednocześnie oświadczam, że niepełnoletni uczestnicy w biorą udział w rozgrywkach na moją odpowiedzialność.

.....
(telefon kontaktowy do opiekuna)

(data i podpis)

*niepotrzebne skreślić