

dziecięca



Politechnika Świętokrzyska
Kielce University of Technology

Studium Zdrowia i Sportu - Dziecięca Politechnika Świętokrzyska
al. Tysiąclecia Państwa Polskiego 7, 25-314 Kielce

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka

.....
Imię i nazwisko dziecka

Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka

W związku z udziałem mojego dziecka w rekreacyjnych zajęciach sportowych **Sekcji** prowadzonych przez Politechnikę Świętokrzyską w ramach Studium Zdrowia i Sportu Dziecięcej Politechniki Świętokrzyskiej oświadczam, że:

- 1) znane jest mi ryzyko związane z uprawianiem przez moje dziecko sportu w ramach ww. zajęć, w szczególności ryzyko związane z możliwością doznania kontuzji,
- 2) wg mojej najlepszej wiedzy i znanej mi dokumentacji medycznej mojego dziecka, **nie występują u niego jakiegokolwiek przeciwwskazania zdrowotne** do uprawiania sportu w formie i na poziomie ww. zajęć. **Stan zdrowia mojego dziecka umożliwia mu udział w ww. zajęciach.**

W razie wystąpienia u mojego dziecka problemów zdrowotnych, w szczególności takich jak przeziębienie, problemy wydolnościowe lub inne podobne nie będę narażać jego zdrowia i pozostałych uczestników zajęć i do czasu powrotu do zdrowia moje dziecko nie będzie uczestniczyło w zajęciach o czym poinformuję niezwłocznie trenera prowadzącego zajęcia oraz Dyrektora DPŚk.

.....
Data, podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka