………………… ………………….

*Miejscowość Data*

………………………………………………

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

……………………………………………..

*Adres*

Zgoda na udział w zgrupowaniu sportowym

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka ………………………………..…………

Imię i nazwisko

w zgrupowaniu sportowym Kadry Województwa Lubelskiego w lekkiej atletyce w Puławach w dniach 06 – 16.07.2020r.

W przypadku stwierdzenia podczas zgrupowania objawów chorobowych (podwyższona, temperatura ciała, kaszel, nudności i wymioty zobowiązuję się bezzwłocznie odebrać dziecko z miejsca zakwaterowania (Puławy, ul. Norwida 8A, tel. (81) 886 37 05 w. 38) i stosować procedury Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia, obowiązujące w czasie pandemii COVID 19.

…………………………………….

*Podpis rodzica/opiekuna prawnego*