



POLSKI ZWIĄZEK HOKEJA NA LODZIE

DEKLARACJA

UDZIAŁU ZAWODNIKA W ROZGRYWKACH MŁODZIEŻOWYCH W WYŻSZEJ KATEGORII WIEKOWEJ

NAZWISKO, IMIĘ	
DATA I MIEJSCE URODZENIA	
NR PESEL	
NR LICENCJI ZAWODNICZEJ	

My niżej podpisani rodzice / opiekun prawny:

deklarujemy udział zawodnika i przystąpienie do rozgrywek hokeja na lodzie, w kategorii wiekowej:

.....

organizowanych przez Polski Związek Hokeja na Lodzie (PZHL) w sezonie

Oświadczamy, że:

- zapoznaliśmy się z przepisami gry oraz obowiązującymi zasadami rozgrywek wyżej wymienionej kategorii wiekowej, a także regulaminami Polskiego Związku Hokeja na Lodzie,
- jesteśmy świadomi ryzyka ponoszonego w ramach trenowania i rozgrywania meczów hokeja na lodzie,
- jesteśmy świadomi ciężającej na nas odpowiedzialności za ewentualną szkodę (uraz, chorobę), powstałą na osobach trzecich w wyniku zachowania zawodnika w grze,
- zawodnik jest ubezpieczony przez klub, który reprezentuje,
- Polski Związek Hokeja na Lodzie jako organizator rozgrywek nie będzie ponosił żadnej odpowiedzialności w przypadku doznania przez zawodnika urazu lub choroby w związku z grą.

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby organizowania i przeprowadzania wszelkich zawodów i rozgrywek organizowanych lub współorganizowanych przez Polski Związek Hokeja na Lodzie, lub w których PZHL jest uczestnikiem.

(miejscowość, data)

(czytelny podpis zawodnika)

(czytelny podpis / zgoda rodziców lub opiekuna prawnego)

(pieczęć klubu)

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej z klubu)



POLSKI ZWIĄZEK HOKEJA NA LODZIE

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE *

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego w (miejsowość, data)

Zawodnika (nazwisko, imię)

Klubu (pełna nazwa klubu)

Stwierdzam (zaznaczyć właściwe)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

– brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia gry w hokeja na lodzie w wyżej kategorii wiekowej

– istnienie następujących przeciwwskazań do podjęcia gry w hokeja na lodzie w wyżej kategorii wiekowej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

--

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

--

(podpis i pieczęć lekarza)

* Niniejsze Zaświadczenie Lekarskie, jest załącznikiem do *Deklaracji udziału zawodnika w rozgrywkach młodzieżowych w wyższej kategorii wiekowej* i wydać je może wyłącznie lekarz medycyny uprawniony do orzekania w sporcie, po uprzednim badaniu zawodnika.