***Załącznik nr 1***

**Oświadczenie o stanie zdrowia i braku przeciwskazań do**

**udziału we współzawodnictwie Sportu Wędkarskiego**

*Oświadczam, że jestem świadom/ma ryzyka i niebezpieczeństw mogących zaistnieć podczas Zawodów Wędkarskich w sezonie 2024 (rok),*

*1. Jestem zdrowy i nie mam przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział w Zawodach Wędkarskich, przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność z tego tytułu, a tym samym w powyższym zakresie uczestniczę w Zawodach Wędkarskich na własne ryzyko i odpowiedzialność.*

*2. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję przepisy i regulaminy ZOSW PZW obowiązujące w czasie Zawodów Wędkarskich.*

1. *Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich tych zasad, a nadto poleceń i decyzji osób funkcyjnych, jeżeli te osoby mają uprawnienia zapisane w ZOSW PZW i decyzje są zgodne z tymi zasadami.*
2. *Przyjmuję do wiadomości, iż ponoszę całkowitą odpowiedzialność za podanie nieprawdziwych informacji w zakresie mojego stanu zdrowia lub zatajenie przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział we współzawodnictwie Zawodów Wędkarskich, a także nie poinformowaniu o ich wystąpieniu. Tym samym organizator Zawodów Wędkarskich nie ponosi odpowiedzialności za odniesione przez mnie z tego tytułu kontuzje, urazy zdrowia itd.*
3. *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polski Związek Wędkarski z siedzibą w Warszawie ul. Twarda 42 w celu organizacji i przeprowadzenia Zawodów Wędkarskich.*

Imię i Nazwisko zawodnika:

….....................................................................................................................….......

Adres: ........................................................................................................................

Tel: …................................................... e-mail: .........................................................

Osoba do kontaktu w razie wypadku:

...................................................................................................................................

Tel. .....................................................

Wszelkie oświadczenia zawarte w tym formularzu są prawdziwe, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………………………………. …………………………………….

Data / miejscowość, podpis zawodnika lub rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku osoby niepełnoletniej)we współzawodnictwie sportowym.