

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
adres e-mail: \_\_\_\_\_  
nr telefonu: \_\_\_\_\_  
(dalej: **Zawodnik**)

**Polski Związek Rugby**  
ul. Marymoncka 34  
01-813 Warszawa

**OŚWIADCZENIE ZAWODNIKA KADRY NARODOWEJ POLSKIEGO ZWIĄZKU RUGBY  
w sprawie hospitalizacji, leczenia oraz przeprowadzenia zabiegów operacyjnych**

Działając w imieniu Zawodnika jako upoważnieni do jego reprezentacji przedstawiciele ustawowi, będącego członkiem Kadry Narodowej Polskiego Związku Rugby, niniejszym wyrażamy zgodę na:

**hospitalizację, leczenie oraz przeprowadzenie zabiegów operacyjnych w przypadku nieszczęśliwego wypadku Zawodnika, do którego doszłoby w trakcie akcji szkoleniowej Kadry Narodowej Polskiego Związku Rugby.**

\_\_\_\_\_  
(podpis\_prezentawiciel ustawowy)

\_\_\_\_\_  
(podpis\_prezentawiciel ustawowy)

\_\_\_\_\_  
(podpis\_zawodnik)