

_____, 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)