

## OŚWIADCZENIE

Jako rodzic/ opiekun prawny zawodnika..... ,  
zamieszkałego w .....

biorącego udział w rozgrywkach amatorskiej ligi koszykówki CNBA rozgrywanych  
w dniach od 20 lutego 2018 r. do 19 maja 2018 r., we wtorki, środy, czwartki,  
w godz. 18 – 22, w hali KS SPOŁEM ŁÓDŹ w Łodzi przy ul. Północnej 36,

**oświadczam, że znane mi są warunki uczestnictwa oraz zasady ich rozgrywania.**

Po zapoznaniu się z nimi wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego.

..... , dn. .... 201... r.

.....  
Czytelny podpis rodzica (opiekuna)

*Telefon do Organizatora 0502 202 254*

## OŚWIADCZENIE

Jako rodzic/ opiekun prawny zawodnika..... ,  
zamieszkałego w .....

biorącego udział w rozgrywkach amatorskiej ligi koszykówki CNBA rozgrywanych  
w dniach od 20 lutego 2018 r. do 19 maja 2018 r., we wtorki, środy, czwartki,  
w godz. 18 – 22, w hali KS SPOŁEM ŁÓDŹ w Łodzi przy ul. Północnej 36,

**oświadczam, że znane mi są warunki uczestnictwa oraz zasady ich rozgrywania.**

Po zapoznaniu się z nimi wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego.

..... , dn. .... 201... r.

.....  
Czytelny podpis rodzica (opiekuna)

*Telefon do Organizatora 0502 202 254*