

## OŚWIADCZENIE

Jako rodzic/ opiekun prawny zawodnika..... ,  
zamieszkałego w ..... ,  
biorącego udział w rozgrywkach amatorskiej ligi koszykówki CNBA rozgrywanych  
w dniach od 26 września 2017 r. do 20 grudnia 2017 r., we wtorki, środy, czwartki lub soboty,  
w godz. 16 – 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 26 września 2017 r. do 20 grudnia 2017 r., we wtorki, środy, czwartki lub soboty,  
w godz. 16 – 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*