*Załącznik nr 2.*



**OGÓLNOPOLSKIE ZAWODY WSPINACZKOWE**

**OSÓB Z NIEPEŁNĄ SPRAWNOŚCIĄ**

**MEMORIAŁ RYŚKA PILCHA**

**OBIEKT: ŚCIANA WSPINACZKOWA CHWYCIARNIA ARENA GLIWICE**

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW-OPIEKUNÓW PRAWNYCH / OSOBY DOROSŁEJ \***

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko osoby dorosłej / Dziecka/Podopiecznego\* |  |
| Imię i Nazwisko Matki / Prawnej opiekunki *(wypełnić, jeśli dotyczy)* |  |
| Imię i Nazwisko Ojca / Prawnego opiekuna*(wypełnić, jeśli dotyczy)* |  |
| Data urodzenia Dziecka / Podopiecznego*(wypełnić, jeśli dotyczy)* |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon Kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uprawianie wspinaczki przez uczestnika zawodów podczas „Ogólnopolskich Zawodów Wspinaczkowych Osób Z Niepełną Sprawnością Memoriał Ryśka Pilcha”odbywających się w dniu 17 listopada 2022 roku w Chwyciarnia Arena Gliwice, ul. Akademicka 50 w Gliwicach**\*.**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem „Ogólnopolskich Zawodów Wspinaczkowych Osób z Niepełną Sprawnością Memoriał Ryśka Pilcha” ( załącznik do wydarzenia), odbywających się w dniu 17 listopada 2022 rokuoraz regulaminem ścianki wspinaczkowej Chwyciarnia Arena Gliwice oraz regulaminem Małej Areny dostępnych na stronie internetowej [www.chwyciarnia.pl](http://www.chwyciarnia.pl) w zakładce pobierz i zobowiązuję się do ich przestrzegania, jak również do stosowania się do poleceń instruktorów oraz organizatorów podczas całego wydarzenia.

Oświadczam, że jestem zdrowy/a i, że nie ma żadnych przeciwskazań do uprawiania przeze mnie wspinaczki.

Zdaję sobie sprawę, że w przypadku niestosowania się do zasad bezpieczeństwa, wspinaczka może być sportem niebezpiecznym i akceptuje ryzyko ewentualnych zagrożeń́ i kontuzji z nim związanych.

Podczas wydarzenia uczestnik zawodów będzie przebywać pod opieką rodziców, opiekunów prawnych lub osób upoważnionych do opieki nad zawodnikiem.

…………………………………………………………..

 Data i podpis

\*niepotrzebne skreślić