

....., dnia .....

**OŚWIADCZENIE ZAWODNIKA AMATORA POWYŻEJ 23 ROKU ŻYCIA O STANIE ZDROWIA I BRAKU  
PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU  
WE WSPÓŁZAWODNICTWIE SPORTOWYM PIŁKI NOŻNEJ**

Ja niżej podpisany/a ..... (*imię i nazwisko*) oświadczam, iż:

1. Jestem zdrowy i nie mam przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział we współzawodnictwie sportowym – rozgrywkach piłki nożnej organizowanych przez Wielkopolski ZPN lub Okręgowy Związek Piłki Nożnej w ....., a tym samym w powyższym zakresie uczestniczę w rozgrywkach na własne ryzyko i odpowiedzialność;
2. Zobowiązuje się do każdorazowego niezwłocznego informowania Klubu o zmianie mojego stanu zdrowia i wystąpieniu przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział we współzawodnictwie sportowym;
3. Zapoznałem się z Regulaminem Rozgrywek i przyjmuję do wiadomości, że Klub jest uprawniony w każdym momencie do zobowiązania mnie do przedłożenia orzeczenia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczny udział we współzawodnictwie sportowym;
4. Przyjmuję do wiadomości, iż ponoszę całkowitą odpowiedzialność za podanie nieprawdziwych informacji w zakresie mojego stanu zdrowia lub zatajenie przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział we współzawodnictwie sportowym, a także nie poinformowaniu Klubu o ich wystąpieniu. Tym samym ani Klub ani organizator rozgrywek nie ponosi odpowiedzialności za odniesione przez mnie z tego tytułu kontuzje, urazy zdrowia itd..

Czytelny podpis oświadczającego: .....

Oświadczenie jest ważne do końca danego sezonu rozgrywkowego, chyba że przed jego końcem:

- zawodnik zmieni przynależność klubową, wówczas do momentu zmiany;
- stan zdrowia zawodnika ulegnie zmianie i wystąpią przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające zawodnikowi bezpieczny udział we współzawodnictwie sportowym.