

Wrocław, dnia

Nazwa drużyny:.....

.....
imię i nazwisko osoby niepełnoletniej

.....
imię i nazwisko rodzica, opiekuna

Jako przedstawiciel ustawowy (opiekun, rodzic) oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w 35. Edycji rozgrywek ALK WRO-BASKET osoby niepełnoletniej, jednocześnie oświadczam, że nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w w/w rozgrywkach.

.....
podpis rodzica, opiekuna

DOLNOŚLĄSKI
ZWIĄZEK
KOSZYKÓWKI
WE WROCŁAWIU