

## **ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ W WYDARZENIU**

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

.....

oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem prawnym:

Imię i nazwisko uczestnika:

.....

Data urodzenia uczestnika:

.....

i wyrażam zgodę na jego/jej udział w wydarzeniu LARP Nuclear Zone

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem wydarzenia i akceptuję jego postanowienia.
2. Jest mi znany charakter wydarzenia, które odbywa się na terenie historycznego fortu oraz obejmuje aktywność terenową, elementy rozgrywki ASG i poruszanie się po wymagającym terenie.
3. Stan zdrowia uczestnika pozwala na udział w wydarzeniu.
4. 4. Przyjmuję do wiadomości, że udział w wydarzeniu wiąże się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia urazów, kontuzji lub innych uszczerbków na zdrowiu. Ryzyko to wynika w szczególności z charakteru rozgrywki terenowej, poruszania się po historycznym obiekcie fortecznym, ciemnych tunelach, terenach leśnych, nierównym i śliskim podłożu, obecności naturalnych i sztucznych przeszkód terenowych, zbiorników wodnych, a także z aktywności fizycznej oraz wykorzystania replik ASG podczas rozgrywki.
5. Wyrażam zgodę na udzielenie uczestnikowi pierwszej pomocy przedmedycznej oraz wezwanie odpowiednich służb ratunkowych w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia.

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uczestnika w zakresie niezbędnym do organizacji wydarzenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

7. Wyrażam zgodę na utrwalanie i publikację wizerunku uczestnika w materiałach fotograficznych i filmowych dokumentujących przebieg wydarzenia zgodnie z Regulaminem wydarzenia.

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego:

.....

Dokument należy przesłać Organizatorowi przed rozpoczęciem wydarzenia lub okazać podczas rejestracji uczestników.