

**ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW**  
**PRAWNYCH MAŁOLETNIEGO**

**ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA UDZIAŁ MAŁOLETNIEGO W SZKOLENIU SPADOCHRONOWYM**  
**oraz**  
**POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA PRZEZ MAŁOLETNIEGO WARUNKÓW ZDROWOTNYCH**

*Będąc / rodzicami / prawnymi opiekunami / jedynym rodzicem / jedynym prawnym opiekunem\*.*

.....  
*Imię i nazwisko małoletniego*

**wyrażamy / wyrażam \* zgodę na szkolenie spadochronowe połączone z wykonywaniem skoków spadochronowych przez córkę / syna / wychowanka\* oraz na przetwarzanie i wykorzystywanie jego danych osobowych w celu organizacji szkolenia spadochronowego, zgodnie z Ustawą z dnia 29.1977 r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. Nr 133, poz.833)**

**Ponadto oświadczamy / oświadczam \* , że nie występują u małoletniego pozostającego pod naszą prawną opieką schorzenia lub ułomności ograniczające bezpieczne wykonywanie czynności lotniczych.**

**W przypadku ich wystąpienia zobowiązujemy się / zobowiązuję się \* do odstąpienia przez córkę / syna / wychowanka\* od wykonywania czynności lotniczych.**

**Podane przez nas / przeze mnie \* informacje są zgodne z naszą / moją najlepszą wiedzą \*.**

**Wyrażamy / wyrażam \* zgodę na przejęcie odpowiedzialności za przeoczenie przez nas / przeze mnie \* jakichkolwiek byłych lub obecnych warunków medycznych.**

OJCIEC / PRAWNY OPIEKUN *			
IMIĘ		NAZWISKO	
NR DOWODU			
DATA		PODPIS	
MATKA / PRAWNA OPIEKUNKA *			
IMIĘ		NAZWISKO	
NR DOWODU			
DATA		PODPIS	

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
Miejscowość i data. Podpis i pieczęć osoby stwierdzającej własnoręczność podpisu