



Akademicki Związek Sportowy Politechniki Warszawskiej S.A.

ul. Waryńskiego 12a, 00-631 Warszawa
tel./fax: +48 22 234 53 71, siatkowka@azspw.com, www.azspw.com

ZGODA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA WYDANIE KARTY KIBICA AZS POLITECHNIKA WARSZAWSKA

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko opiekuna)
wyrażam zgodę na wydanie

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(PESEL dziecka)

.....
(adres zamieszkania dziecka (ul., nr domu, nr mieszkania; kod pocztowy, miejscowość))

Karty Kibica oraz uczestniczenie przez
w Imprezach, na które wstęp możliwy jest z aktywną Kartą Kibica.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się i zobowiązuję się dbać o przestrzeganie przez syna/córkę zasad zawartych w regulaminie wydawania Kart Kibica i w regulaminie Obiektów oraz Imprezy.

Wyrażam zgodę na publikację wizerunku syna/córki bez roszczenia jakiegokolwiek wynagrodzenia z tego tytułu. Niniejsza zgoda na wykorzystanie wizerunku nie jest ograniczona czasowo ani terytorialnie.

.....
(miejscowość, data, podpis)