**Розписка від батьків**

*(Заповнюється власноручно)*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Прізвище, Ім’я, По батькові повністю)

паспорт України: серія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ видан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата видачі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

постійно зареєстрований (а) за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

домашній телефон \_\_(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , мобільный телефон\_\_(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**будучи законним батьком (опікуном) свого сина (дочки)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(*Прізвище, Ім’я, По батькові повністю*)*

 Свідоцтво про народження Серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, видано «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ РАГС міста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

сьогоденням підтверджую, що несу самостійно повну відповідальність за прийняте рішення, дозволивши своєму синові (дочки) брати участь в любительських велосипедних змаганнях з крос‐кантрі PROBA 2X2, які відбудуться 1 травня 2016 року з 11: 00 г до 15: 00

місце проведення : м.Львів.

Підтверджую відсутність у мого сина (дочки) захворювань, які представляють небезпеку для життя і здоров'я мого сина (дочки) при участі в змаганнях по велоспорту. Медичне обстеження пройдене у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Найменування медичної установи)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

видано лікарське заключення про стан здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Лікар (що видав заключення)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дата видачі довідки «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_*

Повністю усвідомлюю усі можливі наслідки і ризик здоров'ю в ході участі у велосипедних змаганнях. Відмовляюся від будь-яких матеріальних претензій до організаторів з приводу стану здоров'я моєї дитини, а також особистих речей, що зробилися непридатними або втрачених під час змагань.

З правилами проведення змагань PROBA 2X2 ознайомлений.

Даю свою згоду на участь мого сина (дочки) в цьому заході

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2016\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Дата) (Підпис) (Розшифровка)