



BASEBALLACADEMY.CZ

Potvrzení rodičů o převzetí zodpovědnosti za své dítě

při BAB 2015/2016

Vzhledem k tomu, že můj syn / dcera* **Příjmení:** _____ **Jméno** _____,

narozen(a) _____ v den zahájení nového ročníku BASEBALL ACADEMY BRNO

2015/2016 – 1.11.2015 neabsolvoval(a) sportovní lékařskou prohlídku nutnou k účasti

v BAB 2015/2016, přejímá zodpovědnost za jeho / její* zdravotní stav zákonný zástupce OTEC / MATKA

Příjmení: _____ **Jméno** _____, **narozen (a)** _____ .

Potvrzuji svým podpisem, že přejímám tímto zodpovědnost za zdravotní způsobilost svého syna / dcery* a dávám tímto svůj souhlas k jeho / její* aktivní účasti v plném tréninkovém zatížení a rozsahu v novém ročníku BAB 2015/2016, který začíná 1.11.2015.

Toto potvrzení se vydává výhradně pro potřeby **BASEBALL ACADEMY BRNO, o.p.s.**

Zodpovědnost za zdravotní stav hráče na sebe přebírají rodiče do doby doručení platné sportovní lékařské prohlídky trenérům BAB.

***nehodící se škrkněte**

Datum

Místo

Podpis zákonného zástupce

BASEBALL ACADEMY BRNO, o.p.s.

e-mail: winkler@baseballacademy.cz, web: www.baseballacademy.cz, tel.: +420 724 01 20 19