**XVI Regionalny Dzień Treningowy**

**Programu Treningu Aktywności Motorycznej
Olimpiad Specjalnych
Konin 2019**

.....................................................................................................................

**Imię i nazwisko zawodnika**

My, niżej podpisani rodzice /opiekunowie prawni/ wymienionego wyżej zawodnika wyrażamy zgodę na jego udział w **XVI Regionalnym Dniu Treningowym Programu Treningu Aktywności Motorycznej Olimpiad Specjalnych w Koninie** w dniu
3 kwietnia 2019.

Udzielamy pozwolenia na prezentacje jego zainteresowań, ewentualnych wypowiedzi
w telewizji, radio, filmach, gazetach, magazynach itp. Oraz jakiejkolwiek innej formie nie wspomnianej tutaj, mogącej przyczynić się do popularyzacji Olimpiad Specjalnych.

............................................ ...........................................................

pieczęć placówki, data podpis rodzica / opiekuna prawnego

### POŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ

#### wypełnia psycholog

Ja, niżej podpisany ...................................................................................

 imię i nazwisko, charakter posiadanych uprawnień

zaświadczam, iż ........................................................................................

  imię i nazwisko zawodnika

jest osobą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu ...........................................

................................................ .............................................................

 miejscowość, data pieczęć, podpis psychologa

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Przebadałem w/w osobę zgłoszoną do uczestnictwa w **XVI Regionalnym Dniu Treningowym Programu Treningu Aktywności Motorycznej Olimpiad Specjalnych w Koninie**i stwierdzam, że nie ma przeciwwskazań do jej uczestnictwa.

................................................ ..............................................................

miejscowość, data pieczęć, podpis lekarza