………………………………………………………………

miejscowość i data

**UPOWAŻNIENIE DO WYDAWANIA WYNIKÓW BADAŃ TRENEROWI**

Ja, niżej podpisana/y ……………………………………………………………………………………………………………………….

Zamieszkała/y…………………………………………..…………………………….………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr PESEL …………………………………………………………

Upoważniam trenera/trenerkę (imię, nazwisko nr. telefonu) …………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Do odbioru wyników badań przeprowadzanych w ramach programu „Specjalistyczna diagnostyka sportowa Medalistów Mistrzostw Polski w kategoriach: młodzik, junior młodszy, junior starszy
i młodzieżowiec reprezentujących Województwo Śląskie" w celu wdrożenia zaleceń do programu treningowego.

Kod zawodnika …………………………………..………………………………………………(wpisuje koordynator projektu)

………………………………………………. ……………………………………………… Czytelny podpis upoważnionego Czytelny podpis upoważniającego