………………………………………………………………

miejscowość i data

**UPOWAŻNIENIE DO WYDAWANIA WYNIKÓW BADAŃ TRENEROWI**

Imię dziecka ……………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania dziecka ………………………..…………………………….………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr PESEL dziecka …………………………………………………………

Ja, niżej podpisana/y (rodzic/opiekun) ………………………………………………………………………………………………….

Zamieszkała/y (rodzic/opiekun) …………………..…………………………….………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr PESEL (rodzic/opiekun) …………………………………………………………

Upoważniam trenera/trenerkę (imię, nazwisko nt. 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