



FELELŐSSÉGVÁLLALÁSI NYILATKOZAT

Alulírott

NÉV:	
SZÜL. HELY, IDŐ	
ANYJA NEVE	
LAKCÍM	
E-MAIL CÍM	
TELEFONSZÁM	

mint törvényes képviselő, jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy

NÉV:	
SZÜL. HELY, IDŐ	
ANYJA NEVE	
LAKCÍM	

saját felelősségére, önkéntesen, az egészségügyi kockázatokat vállalva vesz részt az Pápai Egyesített Labdarúgó Club által szervezett edzéseken.

Kijelentem, hogy tudomásom szerint a sportoló nem COVID-19 fertőzött és COVID-19-re utaló tünetei nincsenek.

Kijelentem továbbá a sportoló és a magam nevében, hogy tudomásom szerint azon körben, akikkel kapcsolatot tartok, senki nem COVID-19 fertőzött, és COVID-19-re utaló tüneteket senki sem produkál.

Pápa, 2020.

tv. képviselő aláírása