

Nazwisko.....

Imię.....

Klub.....

Numer telefonu opiekuna .....

Adres email opiekuna .....

**WARMIŃSKO- MAZURSKI ZWIĄZEK SZACHOWY**

**UL. GŁOWACKIEGO 27A**

**10-563 OLSZTYN**

**DEKLARACJA PRZYNALEŻNOŚCI DO KADRY WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO- MAZURSKIEGO 2020**

Deklaruję chęć przynależności do Kadry Województwa Warmińsko- Mazurskiego i jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em\* się z Regulaminem Kadry Województwa. Zobowiązuję się także do brania udziału w akcjach szkoleniowych organizowanych przez Warmińsko-Mazurski Związek Szachowy oraz godne reprezentowanie województwa na arenie ogólnopolskiej.

Podpis Zawodnika

**Zgoda Opiekuna**

Wyrażam zgodę na przynależność córki/syna/podopiecznego\* do Kadry Województwa Warmińsko- Mazurskiego w roku 2020.

Podpis Opiekuna

Harmonogram akcji szkoleniowych zaplanowanych na rok 2020 zostanie podany po ustabilizowaniu się sytuacji z epidemią COVID-19.

\*niepotrzebne skreślić

