



Ime i prezime roditelja

\_\_\_\_\_

Adresa

\_\_\_\_\_

Kontakt broj mobitel ili telefon

## IZJAVA

Kojom ja, \_\_\_\_\_ (roditelj) potvrđujem da je moje dijete  
\_\_\_\_\_ (ime i prezime

djeteta) zdravstveno sposobno sudjelovati u programu „Dječji ljetni kamp“ u organizaciji ustanove  
Upravljanje sportskim objektima, Trg Krešimira Ćosića 11, 10 000 Zagreb.

Ova izjava daje se u svrhu pristupanja i pohađanja djeteta programu „Dječji ljetni kamp“  
i ne može se upotrijebiti u druge svrhe.

\_\_\_\_\_

Vlastoručni potpis roditelja

U Zagrebu, dana \_\_\_\_\_ 2023. godine