

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA UDZIAŁ W IMPREZIE SPORTOWEJ

II STRZELECKI KROS PO ZDROWIE

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA:

SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO RODZICA/OPIEKUNA:

NR TEL. RODZICA/OPIEKUNA:

DANE OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ:

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

ULICA:

KOD POCZTOWY:

MIASTO:

Oświadczam, że aktualny stan zdrowia mojego dziecka pozwala mu na uczestnictwo w biegu II Strzelecki Kros po Zdrowie na dystansie 5km. Moje dziecko startuje w biegu na moją odpowiedzialność. Zwalniam z wszelkiej odpowiedzialności organizatorów biegu na wypadek zranień, utraty zdrowia lub życia lub szkód związanych z udziałem mojego dziecka. Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem biegu i akceptuję zawarte w nim zapisy. Podstawa prawna: Roz. Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12.09.2002. Dz.U. nr 101 p. 1095 Niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystywanie danych osobowych zawartych w karcie zgłoszeniowej (zgodnie z ustawą z dnia 29 .08.97r o ochronie danych osobowych Dz.Ust. nr 133) przez Organizatora do celów organizacyjnych.

.....

data i podpis rodzica/opiekuna