

| | | | | |
|------------------------|--|------------|--|-----------------------------------|
| XRUN Ołtarz w Chmurach | | 15.09.2024 | | Numer startowy wpisać w biurze |
| ... | | | | |
| Imię | | Nazwisko | | |
| E-mail | | Telefon | | |
| Data urodzenia | | | | |
| Płeć | | Drużyna | | |
| Miejscowość | | | | |

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem zawodów i go akceptuję. Oświadczam również, że nie istnieją żadne przeciwwskazania medyczne do udziału w zawodach. Jestem świadom, iż mój udział w zawodach może narazić mnie na utratę zdrowia lub życia. Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (zgodnie z ustawą z dnia 9.08.97 r. o ochronie danych osobowych Dz. Ust. nr 133) przez organizatora imprezy i podmioty współpracujące do celów organizacyjnych.

Oświadczam również, że:

- 1) według mojej wiedzy jestem zdrowa/y i nie posiadam żadnych objawów zakażenia koronawirusem,
- 2) nie przebywam na kwarantannie oraz nie miałam/em kontaktu z osobą zarażoną koronawirusem,
- 3) biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za stan mojego zdrowia
- 4) Po drogach publicznych będę poruszał się zgodnie z zasadami ruchu drogowego

.....
Data i podpis