

**ZGODA RODZICA / PRAWNEGO OPIEKUNA na udział dziecka
w BIEGU NIEPODLEGŁOŚCI W CHOROSZCZY – 12 LISTOPADA 2017**

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym seria nr
wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/ osoby pozostającej pod moją opieką
..... zamieszkałego/zamieszkałej
.....
numer PESEL data urodzenia
w Biegu Niepodległości, który odbędzie się w dniu 12 listopada 2017

Oświadczam , że moje dziecko/osoba pozostająca pod moją opieką jest zdolne/zdolna do
uczestnictwa w Biegu Niepodległości w Choroszczy na dystansie oraz oświadczam, że nie
istnieją żadne przeciwwskazania medyczne dotyczące uczestnictwa mojego dziecka/osoby
pozostającej pod moją opieką w Biegu Niepodległości.

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność za uczestnictwo mojego dziecka/
osoby pozostającej pod moją opieką w Biegu Niepodległości.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z regulaminem i akceptuję
regulamin. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych
osobowych mojego dziecka/osoby pozostającej pod moją opieką do celów uczestnictwa w Biegu
Niepodległości organizowanym w dniu 12 listopada 2017 roku oraz promocji na stronach
internetowych Organizatora zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka/osoby
pozostającej pod moją opieką w: prasa, telewizja, Internet, media społecznościowe.

.....
czytelny podpis