M-GCK-S
Miejsko-Gminne
Centrum Kultury i Sportu
w Choroszczy

ZGODA RODZICA / PRAWNEGO OPIEKUNA
na udział dziecka
w BIEGU NIEPODLEGŁOŚCI W CHOROSZCZY
9 LISTOPADA 2019

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 9 listopada 2019

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 9 listopada 2019 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