4 edycja Biegu WOŚP „Policz się z cukrzycą”

OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO UDZIAŁU W BIEGU

Imię i Nazwisko ………………………......................................................

Niniejszym oświadczam, że ja niżej podpisany/a startuję na własną odpowiedzialność i biorę odpowiedzialność za stan swojego zdrowia podczas 4 edycji Biegu WOŚP „Policz się z cukrzycą” w dniu 27.01.2024 roku w Nowej Wsi. Zrzekam się dochodzenia prawnego lub zdrowotnego od organizatora w razie wypadku lub szkody związanej z uczestnictwem w imprezie. Organizator oraz osoby z nim współpracujące przy organizacji Biegu nie ponoszą odpowiedzialności względem uczestników za szkody zdrowotne, rzeczowe, majątkowe powstałe przed, podczas i po biegu. Zapoznałem/am się z warunkami Regulaminu 4 edycji Biegu WOŚP „Policz się z cukrzycą” i w pełni je akceptuję.

Jako opiekun prawny zgadzam się na udział w Biegu osoby niepełnoletniej, która znajduje się pod moja opieką.

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem biegu dostępnym na stronie **https://zspnowawies.wikom.pl/strona/32-final** i będę przestrzegać zarządzeń służb porządkowych, służb prowadzących zabezpieczenie Biegu oraz organizatora. Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku dla potrzeb związanych z organizacją i promocją.

……………………………………………………………….………………………………….. data i czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego