

OSOBA NIEPEŁNOLETNIA

V. Bieg im. Zygmunta Karlickiego na dystansie 5 km

OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO UDZIAŁU W BIEGU

Imię i Nazwisko Numer startowy

Imię i Nazwisko (opiekun prawny)

Jako opiekun prawny zgadzam się na udział V. Biegu im. Zygmunta Karlickiego na dystansie 5 km w dniu 07.06.2025 roku w Błoniu mojego podopiecznego. Zrzekam się dochodzenia prawnego lub zdrowotnego od organizatora w razie wypadku lub szkody związanej z uczestnictwem mojego podopiecznego w Biegu. 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 V. Biegu im. Zygmunta Karlickiego na dystansie 5 km i w pełni je akceptuję.

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem biegu dostępnym na stronach: www.cs-blonie.pl oraz www.time-sport.pl będą przestrzegać zarządzeń służb porządkowych, służb prowadzących zabezpieczenie Biegu oraz organizatora.

.....
/data/

.....
/podpis/