



STOWARZYSZENIE
HISTORYCZNE
ZIEMI
ŁASKARZEWSKIEJ



STOWARZYSZENIE CENTRUM INTEGRACYJNO ANIMACYJNE



Karta uczestnika Piątego Łaskarzewskiego Rajdu Nocnego „...pójdę w nocy mrok...”

IMIĘ I NAZWISKO*:	NAZWA GRUPY**
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
TELEFON:	MAIL:
NOCLEG: Tak/Nie***	

* Prosimy wypełniać czytelnie

** Dotyczy grup zorganizowanych

***Dotyczy osób z utrudnioną możliwością powrotu. Organizator jest w stanie zapewnić dach nad głową, uczestnicy zdecydowani na nocleg proszeni są o zabranie własnych śpiworów itp.

Informacje o stanie zdrowia potrzebne do udzielenia pomocy medycznej

- Zapoznałem się z regulaminem imprezy i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na uczestnictwo w Piątym Łaskarzewskim Pieszym Rajdzie Nocnym „...pójdę w nocy mrok...” na własną odpowiedzialność. W przypadku zaistnienia nieprzewidzianych zdarzeń lub wypadków losowych nie będę rościł sobie praw wobec organizatorów do odszkodowania.
- Zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz.883) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z imprezą.

.....
data

.....
podpis