



# TEST COOPERA

## dla wszystkich

17. września 2016 r. w godzinach 10.00–14.00  
stadion MZOST i IT Ostrołęka, ul. Witosa 1

.....

| Numer startowy | Godzina startu | Miejscowość | Data |
|----------------|----------------|-------------|------|
|----------------|----------------|-------------|------|

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Niniejszym potwierdzam chęć uczestnictwa w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzenia ww. imprezy i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki / statystyki / publikacja w prasie i internecie). Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w ww. teście.

DANE UCZESTNIKA:

Nazwisko ..... Imię.....

Szkoła/klub/drużyna.....

Adres (ulica, nr domu, mieszkania, kod miejscowość) .....

Data urodzenia ..... Przebyty dystans (metry) wypełnia organizator.....

Wiek(lat)..... Telefon kontaktowy ..... E-mail.....

.....  
Własnoręczny podpis uczestnika

### OŚWIADCZENIE PRAWNEGO OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ /NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja niżej podpisana / podpisany, oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby wskazanej w górnej części niniejszej deklaracji i wyrażam zgodę na jej udział w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzenia TESTU COOPERA DLA WSZYSTKICH. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie danych ww. osoby w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki / statystyki / publikacja w prasie i internecie). Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia ww. osoby pozwala jej na udział w TEŚCIE COOPERA DLA WSZYSTKICH.

Nazwisko ..... Imię.....

Adres (ulica, nr domu, mieszkania, kod miejscowość) .....

Data i miejsce urodzenia .....

Telefon kontaktowy ..... E-mail.....

.....  
Własnoręczny podpis prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej/niepełnosprawnej