

19 TOYOTA PÓŁMARATON WAŁBRZYCH



Imię i nazwisko dziecka

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w XVII TOYOTA Półmaraton Wałbrzych organizowanym przez Centrum AQUA ZDRÓJ Wałbrzych. Jednocześnie potwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w półmaratonie. Oświadczam, iż w przypadku zmiany decyzji lub uwarunkowań zdrowotnych poinformuję o tym Centrum AQUA ZDRÓJ w Wałbrzychu osobiście lub listem poleconym.

Imię i nazwisko opiekuna

Telefon kontaktowy

Nr dowodu osobistego opiekuna

Data Podpis Rodzica lub opiekuna dziecka

19 TOYOTA PÓŁMARATON WAŁBRZYCH



Imię i nazwisko dziecka

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w XVII TOYOTA Półmaraton Wałbrzych organizowanym przez Centrum AQUA ZDRÓJ Wałbrzych. Jednocześnie potwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w półmaratonie. Oświadczam, iż w przypadku zmiany decyzji lub uwarunkowań zdrowotnych poinformuję o tym Centrum AQUA ZDRÓJ w Wałbrzychu osobiście lub listem poleconym.

Imię i nazwisko opiekuna

Telefon kontaktowy

Nr dowodu osobistego opiekuna

Data Podpis Rodzica lub opiekuna dziecka