

**Urząd Miejski w Ciechocinku**

--	--	--	--	--	--

Nr zgłoszenia

(wypełnia Urząd Miejski w Ciechocinku)

**Zgłoszenie udziału w XXXVI Integracyjnym Minimaratonie „Bieg Solny”
im. Zbigniewa Treschera w dniu 06 września 2025 r.**
.....
imię i nazwisko.....
wiek.....
Miejscowość, województwo

	płeć	
K		M

„A”	„B”	„B1”	„C”	„C1”	„C2”	„D1”	„D2”	„D3”	„D4”	„D5”	„D6”	„D7”	

kategoria – dystans (wg. regulaminu zawodów)

* zaznaczyć właściwy kwadrat

Jestem osobą z niepełnosprawnością
☐
TAK
☐
NIE

* zaznaczyć właściwy kwadrat

Rodzaj dysfunkcji:
☐

ruchowa

☐

intelektualna

☐

sprzężona

☐

inna

* zaznaczyć właściwy kwadrat

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających start w Integracyjnym Minimaratonie „Bieg Solny” w dniu 06.09.2025 r. W pełni świadomy wyrażam zgodę na udział w zawodach.

.....
data.....
podpis składającego oświadczenie**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich (*mojego dziecka) danych osobowych ujawnionych w niniejszym zgłoszeniu polegających na zbieraniu, przechowywaniu i udostępnianiu danych w celach związanych z organizacją i rozliczeniem XXXVI Integracyjnego Minimaratonu „Bieg Solny” organizowanego w dniu 06.09.2025 r. Administratorem danych osobowych jest Gmina Miejska Ciechocinek z siedzibą w Ciechocinku, ul. Kopernika 19, 87-720 Ciechocinek, reprezentowana przez Burmistrza. Dane kontaktowe: tel. 54 416 18 00, fax 54 283 64 23, e-mail: ratusz@ciechocinek.pl. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym możecie się Państwo kontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji Państwa praw. Dane kontaktowe: e-mail: iod@ciechocinek.pl, tel. 600 210 513. Z IOD można się również kontaktować pisemnie na adres naszej siedziby wskazany w pkt. 1.

.....
data.....
podpis składającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić

ZGODA RODZICÓW (opiekunów)

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w XXXV Integracyjnym Minimaratonie „Bieg Solny” w dniu 06 września 2025 r. Oświadczam, że moje dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających udział w zawodach.

.....
data.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)