**KARTA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNIKA XIII MARSZU SZLAKIEM POWSTAŃCÓW STYCZNIOWYCH 1863R SZYDŁOWIEC – WĄCHOCK**

Kartę należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami, przesłać do dnia 15 stycznia 2019 roku na adres email: romanburek@op.pl

Niniejszym wyrażam chęć wzięcia udziału w **XIII Marszu Szlakiem Powstańców Styczniowych 1863R** na trasie: Szydłowiec – Sadek - Kierz Niedźwiedzi – Zbijów Mały – Mirzec – Wąchock w dniach 18–20 stycznia 2019 r. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem/am\* się z zasadami organizacyjnymi tegorocznego Marszu i je akceptuję.

1. Imię i Nazwisko …………………………………………………………..……………………………………
2. Imię ojca …..………………………………………………………..…
3. Data i miejsce urodzenia …………………………………………...…………….……………………..…
4. Adres ……………..…………….………..………………................................................................................
5. Telefon .…………………….… e-mail: ………………………………………………………………..….....
6. Przynależność (podać nazwę szkoły, organizacji strzeleckiej, harcerskiej, niepodległościowej itp.) ……………………………………………………………………………………
7. Uczestnictwo w poprzednich Marszach (wymienić lata) ………………………………….…
8. Numer Odznaki Marszu Szlakiem Powstańców Styczniowych 1863R …………………
9. Przybędę do miejscowości ………………….…………………….… w dniu (zaznaczyć datę)

a) 18 stycznia\*, b) 19 stycznia\*, b) 20 stycznia\* ok. godz. ………………………………………

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji ,,Marszu Szlakiem Powstańców Styczniowych 1863R”.

.......................................................................................

*Data i czytelny podpis Uczestnika*

**Oświadczenie Rodziców lub Opiekunów Prawnych**

*(dotyczy osób nieletnich)*

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna/córki\*

…………………………………………………………………………………………….……

w XIII Marszu Szlakiem Powstańców Styczniowych 1863R w dniach 18-20.01.2019 r. na trasie: Szydłowiec – Sadek – Kierz Niedźwiedzi – Zbijów Mały – Mirzec – Wąchock. Oświadczam, że znane mi są warunki uczestnictwa w ww. Marszu. Bezpośrednią opiekę w trakcie Marszu nad moim dzieckiem będzie sprawował …………………………….……………………………..……………………….……

Telefon i adres kontaktowy Rodziców lub Prawnych Opiekunów w czasie trwania Marszu ……………......................................................................................................................................................................................

Oświadczam, że nie istnieją przeciwwskazania zdrowotne do wzięcia przez moje dziecko udziału w marszu.

Informacja o chorobach Dziecka oraz o konieczności brania leków (wraz z nazwami leków)

….…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………..….. …………...………………..……………………....……..…………

 Miejscowość, data własnoręczne podpisy rodziców/opiekunów