****

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

*Kartę należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami, przesłać do dnia 20 stycznia 2022 roku na adres email:* [*komendant@zwiazek-strzelecki.pl*](mailto:komendant@zwiazek-strzelecki.pl)

Niniejszym wyrażam chęć wzięcia udziału w **XVI Marszu Szlakiem Powstańców Styczniowych 1863R** na trasie: Szydłowiec – Sadek - Kierz Niedźwiedzi – Zbijów Mały – Mirzec – Wąchock w dniach 21–23 stycznia 2022 r. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem/am\* się z Regulaminem Marszu i je akceptuję.

1. Imię i Nazwisko …………………………………………………………..……………………………………
2. Telefon .…………………….… e-mail: ………………………………………………………………..….....
3. Przynależność organizacyjna (podać nazwę szkoły, organizacji strzeleckiej, harcerskiej, innej) ……………………………………………………………………………………
4. Uczestnictwo w poprzednich Marszach (wymienić lata) ………………………………….…
5. Numer Odznaki Marszu Szlakiem Powstańców Styczniowych 1863R …………………

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

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

*Data i podpis Uczestnika Marszu*



**Oświadczenie Rodziców lub Opiekunów Prawnych**

*(dotyczy osób nieletnich)*

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna/córki ………………………………................………

w XVI Marszu Szlakiem Powstańców Styczniowych 1863R w dniach ..................................

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) ….……………………………………………………………………………………………………………….…

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

Data, własnoręczne podpisy rodziców/opiekunów