

# OSTROWSKI TEST COOPERA

Poniższe pole wypełnia organizator


Numer startowy

\_\_\_\_\_  
płec

**Ostrów Wielkopolski 1 czerwca 2017**

\_\_\_\_\_  
Godzina startu

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Niniejszym potwierdzam chęć uczestnictwa w Ostrowskim Teście Coopera. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzania ww. imprezy i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych oraz wizerunku w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki/ statystyki/ publikacja w prasie i innych mediach). Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w **OSTROWSKIM TEŚCIE COOPERA**.

## DANE UCZESTNIKA

PROSZĘ WPISYWAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko

Imię

Szkoła/ uczelnia/ zawód

Wiek (lata)

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

Pesel

Adres email

Przebyty dystans

.....  
podpis uczestnika

## OŚWIADCZENIE PRAWNEGO OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Ja niżej podpisany/ podpisana, oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby wskazanej w górnej części niniejszej deklaracji i wyrażam zgodę na jej udział w Ostrowskim Teście Coopera. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzenia Ostrowskiego Testu Coopera. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie danych oraz wizerunku ww. osoby w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki/ statystyki/ publikacja w prasie i innych mediach). Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia ww. osoby pozwala jej na udział w Ostrowskim Teście Coopera

Nazwisko opiekuna prawnego  
(czytelnie drukowanymi literami)

nię

Adres

(kod, miejscowość, ulica, nr domu/ mieszkania)

Tel. Kontaktowy

Rodzaj, seria i nr

dokumentu tożsamości

# OSTROWSKI TEST COOPERA

Poniższe pole wypełnia organizator


Numer startowy

.....  
 płeć

**Ostrów Wielkopolski 1 czerwca 2017**

Godzina startu

---

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Niniejszym potwierdzam chęć uczestnictwa w Ostrowskim Teście Coopera. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzania ww. imprezy i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych oraz wizerunku w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki/ statystyki/ publikacja w prasie i innych mediach). Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w **OSTROWSKIM TEŚCIE COOPERA**.

---

### DANE UCZESTNIKA

PROSZĘ WPISYWAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko

Imię

Szkoła/ uczelnia/ zawód

Wiek (lata)

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

Pesel

Adres email

Przebyty dystans

.....  
 podpis uczestnika

---

### OŚWIADCZENIE PRAWNEGO OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Ja niżej podpisany/ podpisana, oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby wskazanej w górnej części niniejszej deklaracji i wyrażam zgodę na jej udział w Ostrowskim Teście Coopera. Oświadczam, że znam zasady przeprowadzenia Ostrowskiego Testu Coopera. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie danych oraz wizerunku ww. osoby w związku z uczestnictwem w Teście (wyniki/ statystyki/ publikacja w prasie i innych mediach). Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia ww. osoby pozwala jej na udział w Ostrowskim Teście Coopera

Nazwisko opiekuna prawnego

(czytelnie drukowanymi literami)

nię

Adres

(kod, miejscowość, ulica, nr domu/ mieszkania)

Tel. Kontaktowy

Rodzaj, seria i nr  
dokumentu tożsamości

.....

Podpis prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej