

Załącznik nr 1

.....
NR STARTOWY

Szczecin, dnia

**Zgoda rodzica / opiekuna prawnego na udział osoby niepełnoletniej
w V BIEGU DLA HOSPICJUM
na rzecz Zachodniopomorskiego Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych w Szczecinie**

Wyrażam zgodę na udział mojego niepełnoletniego dziecka / podopiecznego:

Imię i nazwisko:

na udział w V BIEGU DLA HOSPICJUM

Odbywającego dnia 17.10.2026 r. w Szczecinie.

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer i seria dowodu osobistego:

Telefon kontaktowy:

Przyjmuję do wiadomości, że administratorem danych osobowych moich i dziecka, dla którego jestem opiekunem prawnym jest Fundacja Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych, al. Powstańców Wlkp. 66/68, 70-111 Szczecin

Oświadczam, że dane osobowe podane w zgłoszeniu są aktualne i zgodne z prawdą.

Jako rodzic /opiekun prawny osoby niepełnoletniej, akceptuję Regulamin V BIEGU DLA HOSPICJUM.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku dziecka, dla którego jestem opiekunem prawnym, zgodnie z postanowieniami Regulaminu V BIEGU DLA HOSPICJUM.

Oświadczam, że poinformowano mnie o prawie wglądu do danych i możliwości ich poprawiania, oraz odwołania zgody na ich przetwarzanie w każdym momencie.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna