

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/CZKI

ZAWODY CROSSFIT ADAPTIVE - BRAK BARRIER BATTLE 2024

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Płeć (zaznacz odpowiednie)	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

Miejscowość i kod pocztowy	
Województwo	
Telefon	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Posiadam status osoby niepełnosprawnej:	<input type="checkbox"/> tak (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) <input type="checkbox"/> nie
W przypadku odpowiedzi TAK posiadam stopień/ niepełnosprawność (zaznacz odpowiednie)	<input type="checkbox"/> znaczny, <input type="checkbox"/> umiarkowany, <input type="checkbox"/> lekki
Grupa schorzeń (zaznacz odpowiednie)	<input type="checkbox"/> paraplegia <input type="checkbox"/> tetraplegia <input type="checkbox"/> przepuklina - oponowo – rdzeniowa <input type="checkbox"/> dziecięce porażenie mózgowe <input type="checkbox"/> inne

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego.

.....
Miejscowość, data

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI