

Zgłoszenie udziału w III Pływackich Mistrzostwach Polski Aptekarzy Olsztyn 25.11.2017 r.

Imię i Nazwisko	
Adres e-mail i telefon kontaktowy	
Rok urodzenia	
Izba Aptekarska / Przyjaciel farmacji	

Konkurencje indywidualne (proszę zakreślić)

50 m stylem klasycznym	tak / nie
50 m stylem grzbietowym	tak / nie
50 m kraulem	tak / nie
100 m stylem dowolnym	tak / nie

Sztafeta rodzinna (rodzic / opiekun + dziecko)

50 m rodzic + 50 m dziecko styl dowolny	tak / nie
Imię i nazwisko dziecka	

Zgłoszenie do zawodów jest traktowane jako akceptacja warunków regulaminu.

Startujący w Pływackich Mistrzostwach Polski Aptekarzy oświadcza, że jego stan zdrowia jest dobry i bierze udział w zawodach na własną odpowiedzialność, wyłączając tym samym organizatorów z odpowiedzialności w razie wypadku.

.....
data

.....
podpis

proszę przesyłać na adres e-mail : bogumila.polakiewicz@gmail.com