

(pieczętka jednostki delegującej)

Termin nadsyłania do Zarządu..... PCK
w :20..... r.
/data/

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

NA ETAP

..... **MISTRZOSTW PIERWSZEJ POMOCY POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA**

ODBYWAJĄCY SIĘ W W DNIACH 20..... r.
/miejsowość/ /data/

Zespół reprezentujący:

Zarząd PCK:

.....

Szkołę (dokładna nazwa i adres):

.....

ZAWODNIK 1 (Kapitan Zespołu)	
Imiona i nazwisko:	Adres zamieszkania:
Data urodzenia:	
Klasa:	nr leg. szkolnej:
ZAWODNIK 2	
Imiona i nazwisko:	Adres zamieszkania:
Data urodzenia:	
Klasa:	nr leg. szkolnej:
ZAWODNIK 3	
Imiona i nazwisko:	Adres zamieszkania:
Data urodzenia:	
Klasa:	nr leg. szkolnej:
ZAWODNIK 4	
Imiona i nazwisko:	Adres zamieszkania:
Data urodzenia:	
Klasa:	nr leg. szkolnej:
ZAWODNIK 5	
Imiona i nazwisko:	Adres zamieszkania:
Data urodzenia:	
Klasa:	nr leg. szkolnej:

OPIEKUN ZESPOŁU	
Imiona i nazwisko:	Adres zamieszkania:
Data urodzenia:	
Nr i seria dowodu osobistego:	
Telefon komórkowy (lub stacjonarny):	

Każdemu zespołowi mogą towarzyszyć kibice.

Zgodnie z Regulaminem Mistrzostw **kibice pokrywają koszty we własnym zakresie.**

KIBICE		
Lp.	Imię	Nazwisko
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Każdy zespół może delegować na Mistrzostwa sędziego (spełniającego wymogi Regulaminu).

SĘDZIA	
Imię i Nazwisko:	Nr uprawnień instruktora Pierwszej Pomocy PCK (nie dot. etapu rejonowego/strefowego):
Telefon:	

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku.

Prosimy o dołączenie dokładnych informacji dotyczących przyjazdu i wyjazdu delegacji.

PRZYJAZD	
Środek lokomocji:	Dworzec:
Data:	Godzina:
WYJAZD	
Środek lokomocji:	Dworzec:
Data:	Godzina:

Pieczeń Zarządu Polskiego Czerwonego Krzyża oraz podpis	Pieczeń szkoły oraz podpis	Podpis Opiekuna Zespołu
--	----------------------------	-------------------------