

XVII RAJD SZLAKAMI KONFEDERATÓW BARSKICH

„ Na tropach historii” 25 maja 2024 r.

Regulamin :

- I. W Rajdzie mogą uczestniczyć osoby z różnych grup wiekowych o stanie zdrowia pozwalającym na przebycie wybranej trasy
- II. Udział osoby niepełnoletniej tylko za zgodą rodziców.
- III. Uczestnicy zgłaszają się do punktu startowego w celu wybrania trasy i pobrania materiałów rajdowych.
- IV. Uczestnicy odpowiadają osobiście za zachowanie na trasie i swoje bezpieczeństwo.
- V. Szkody spowodowane z winy uczestników pokrywają oni sami.
- VI. Wszyscy uczestnicy rajdu powinni bezwzględnie wykonywać polecenia organizatorów w trakcie rajdu.
- VII. Za skutki naruszenia przepisów ruchu drogowego oraz zarządzeń administracji lasów uczestnicy odpowiadają osobiście.
- VIII. Za ewentualne wypadki na trasach organizatorzy Rajdu nie ponoszą odpowiedzialności.
- IX. W razie upałów obowiązkowe jest nakrycie głowy.

Obowiązkiem uczestników jest przestrzeganie regulaminu. Interpretacja przepisów niniejszego regulaminu należy wyłącznie do kierownictwa Rajdu. W sprawach niecierpiących zwłoki prosimy o kontakt z organizatorami pod numery tel. kom: 608-071-711, 664905478.

Z uwagi na bezpieczeństwo i porządek osoby rezygnujące z uczestnictwa w rajdzie powinny informować telefonicznie organizatorów rajdu.

JEŚLI OSOBA NIEPEŁNOLETNIA CHCE INDYWIDUALNIE UCZESTNICZYĆ W RAJDZIE BEZ OPIEKUNA MUSI PRZEDŁOŻYĆ NA STARCIE ZGODĘ RODZICÓW LUB PRAWNYCH OPIEKUNÓW

ZGODA RODZICÓW LUB PRAWNYCH OPIEKUNÓW

My niżej podpisani:

.....
(imię, nazwisko matki, ojca, ew. prawnych opiekunów)

wyrażamy zgodę na udział naszej córki/naszego syna:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

w pieszym Rajdzie Szlakiem Konfederatów Barskich „Na tropach historii”, który odbędzie się w dniu 25 maja 2024 r. w godzinach 9.00 – 18:00 na terenie gminy Lanckorona i stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do wzięcia udziału w wyżej wymienionej imprezie. W razie konieczności wyrażam zgodę na leczenie szpitalne.

W przypadku problemów prosimy o kontakt telefoniczny:

.....
(numer telefonu kontaktowego)

.....
.....
(miejsowość i data) (podpis matki/ojca/prawnego opiekuna)