

# Zgłoszenie udziału w II Pływackich Mistrzostwach Polski Aptekarzy Olsztyn 26.11.2016r.

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](mailto:bogumila.polakiewicz@gmail.com)