

## REGULAMIN

### 7. Nocny Bieg

#### "Policz się z cukrzycą"

DYSTANS 5 KM, START GODZ. 19:00

**28 Stycznia 2024 r.**

### Prusice



*Patronat: Burmistrz Gminy Prusice Igor Bandrowicz  
Wicestarosta Powiatu Trzebnickiego Grzegorz Terebun*

### **UWAGA! WYMAGANA WŁASNA LATARKA!**

#### **1. Cele:**

- popularyzacja biegania jako formy czynnego wypoczynku i rekreacji ruchowej, zdobywanie nowych jej zwolenników, integracja środowiska biegaczy
- propagowanie akcji "Policz się z cukrzycą" oraz programów autorskich Fundacji WOŚP - Programu Edukacyjnego "Ratujemy i Uczymy Ratować" i Programu Leczenia Osobistymi Pompami Insulinowymi Kobiet Ciężarnych z Cukrzycą oraz popularyzacja wiedzy na temat cukrzycy i nauki pierwszej pomocy.
- propagowanie zdrowego i aktywnego stylu życia.

#### **2. Organizatorzy:**

Klub Biegacza Athletics Team Prusice, Gmina Prusice, Gminny Ośrodek Kultury i Sportu w Prusicach, Prusickie Centrum Fitness

#### **3. Termin i miejsce:**

Bieg odbędzie się **28 STYCZNIA 2024 r. o godz. 19:00** ulicami miasta Prusice o nawierzchni asfaltowej i brukowej w ramach udostępnionej i zabezpieczonej trasy.

**BIEG NA 5 km** – 1 pętla 5 km **BIURO ZAWODÓW:** Prusickie Centrum Fitness, teren Szkoły Podstawowej w Prusicach (ul. Żmigrodzka 43)

**Biuro będzie otwarte w dniu biegu od 17.00 do 18.30**

**START I META:** **Prusickie Centrum Fitness, teren Szkoły Podstawowej w Prusicach,**

trasa: uliczkami Prusic przez Pietrowice Małe

trasa w wersji graficznej znajduje się na ostatniej stronie regulaminu (zał. 2 regulaminu)

*Każdego zawodnika obowiązuje limit pokonania trasy 1 h.*

#### **4. Strona sportowa:**

- nad poprawnością strony sportowej czuwa Organizator,
- między startem i metą biegacz nie może korzystać z pomocy innych osób pod karą dyskwalifikacji,
- rozstrzygnięcia ostateczne leżą w gestii organizatora.

## 5. Uczestnicy:

Biegacze indywidualni, którzy ukończyli 16 rok życia, niezależnie od miejsca zamieszkania, przynależności klubowej i narodowości. Osoby, które nie ukończyły 18 lat w biurze zawodów, w dniu biegu muszą okazać zaświadczenie od prawnego opiekuna o zgodzie na udział w zawodach (zał. 1 regulaminu)

W 7. Nocnym Biegu "Policz się z cukrzycą" występuje podział na kategorie:

### *OPEN Mężczyźni*

*M20: 16-29 lat*

*M30: 30-39 lat*

*M40: 40-49 lat*

*M50: 50-59 lat*

*M60: 60-69 lat*

*M70: 70 i więcej*

### *OPEN Kobiety*

*K20: 16-29 lat*

*K30: 30-39 lat*

*K40: 40-49 lat*

*K50: 50-59*

*K60: 60-69*

*K70: 70 i więcej*

## 6. Nagrody:

Puchary za zajęcie I, II, III miejsca zarówno w kategorii OPEN Kobiet i OPEN Mężczyzn.

Dyplomy we wszystkich kategoriach wiekowych za miejsca I-III

**DEKORACJA** najlepszych zawodników odbędzie się w Prusickim Centrum Fitness ok. godz. 20.00

**KAŻDY ZAPISANY I OPŁACONY UCZESTNIK OTRZYMA WYJĄTKOWY MEDAL.**

**PO BIEGU PRZEWIDZIANY POSIŁEK REGENERACYJNY**

## 7. Zgłoszenia i Opłaty:

Opłaty:

do 25 Stycznia 2024 r. opłata: **50 zł**

po 25 Stycznia 2024 r. w przypadku wolnych miejsc będzie można się zapisać i opłacić start w dniu zawodów, 28 Stycznia 2024 r. opłata startowa będzie wynosiła **70 zł** (płatne w biurze zawodów tylko gotówką)

**DOŚTĘPNE PŁATNOŚCI ONLINE NA STRONIE DATASPORT LUB BEZPOŚREDNIO NA KONTO:**

*Klub Biegacza Athletics Team Prusice*

*Ul. Jana Pawła II 7*

*55-110 Prusice*

**Nr konta: 40 1020 5297 0000 1802 0188 9484**

**W tytule: BIEG NOCNY IMIĘ NAZWISKO**

# ZAPISY!

**Zgłaszać należy się wypełniając formularz na stronie poniżej (wymagana wcześniejsza rejestracja):**

**<https://online.datasport.pl/zapisy/portal/zawody.php?zawody=8951>**

Biuro biegu: Prusickie Centrum Fitness w Prusicach ,ul. Żmigrodzka 43, 55-110 Prusice

email: [athletics@prusice.pl](mailto:athletics@prusice.pl)

tel. 509 052 335 (od poniedziałku do piątku w godz. 10.00-16:00)

## **8. Postanowienia końcowe:**

- limit zgłoszeń na **7. Nocny Bieg "Policz się z cukrzycą"** wynosi 200 osób, decydować będzie kolejność zgłoszeń z dokonaną opłatą startową w określonym w regulaminie terminie,
- pomiar czasu odbywać się będzie przy użyciu chipów elektronicznych które będą mocowane w numerach startowych. Numery startowe są jednorazowe, niewzrotne,
- bieg odbędzie się bez względu na pogodę,
- obowiązkowo **wymagana własna latarka – najlepiej sprawdza się latarka czołowa**, trasa częściowo jest oświetlona, jednak w wielu miejscach jest całkowite zaciemnienie,
- biegiem kieruje Organizator, który decyduje w sprawach organizacyjnych, bezpieczeństwa i porządku oraz w sprawach spornych,
- dostarczone przez organizatora numery startowe należy umieścić z przodu na odzieży wierzchniej.
- organizator zabezpiecza przebieralnię, szatnie i natryski dla zawodników,
- organizator nie odpowiada za rzeczy zagubione lub pozostawione przez zawodników.
- organizator zastrzega sobie prawo ostatecznej interpretacji niniejszego regulaminu,
- organizator zapewnia pakiet startowy, okolicznościowy medal i posiłek regeneracyjny dla wszystkich zawodników którzy ukończą bieg
- wpisowe za bieg nie podlega zwrotowi
- o sprawach nie objętych regulaminem decyduje Organizator.

***ORGANIZATORZY BIEGU***

**Zgoda Rodziców**

**Wyrażam zgodę na udział córki/syna**

.....

**w biegu na 5 km 7. Nocny Bieg "Policz się z cukrzycą i ucz się pierwszej pomocy"**

**Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia córki/syna pozwala na wzięcie udziału w zawodach sportowych – 7. Nocny Bieg "Policz się z cukrzycą i ucz się pierwszej pomocy" – rozgrywanych 28 Stycznia 2024 roku oraz nie istnieją żadne przeciwwskazania medyczne do udziału w nich. Ponadto, biorę odpowiedzialność za start syna/córki i jestem świadoma/y ryzyka związanego ze startem w zawodach. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią regulaminu zawodów i w pełni akceptuję zapisy w nim zawarte oraz potwierdzam odbiór pakietu startowego. Biorę na siebie odpowiedzialność za dojazd mojego dziecka na miejsce zawodów oraz powrót do domu po zakończeniu zawodów.**

**Prusice,.....**

**(data) podpis rodzica/opiekuna prawnego**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb 7. Nocny Bieg "Policz się z cukrzycą i ucz się pierwszej pomocy" (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 roku o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz 883).**

.....**podpis rodzica/opiekuna prawnego**

