Miejscowość……Dnia.....

.....
Imię, Nazwisko
.....
Adres zamieszkania
.....
Data urodzenia
.....
e-mail
….....
Telefon kontaktowy
(lub opiekuna, rodzica)

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
KLUB KARATE FULL CONTACT

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie w poczet członków Klubu Karate Full Contact Sekcji Karate / Kickboxingu*. Oświadczam, że chcę czynnie uczestniczyć w zajęciach organizowanych przez Klub, oraz zobowiązuję się do przestrzegania regulaminów i statutu Klubu (statut i regulamin Klubu dostępny jest na stronie www.karateklub.pl).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, a także na wykorzystanie, zdjęć fotograficznych ze mną oraz nagrań video nieodpłatnie przez Klub, a także do nieodpłatnego wykorzystania mojego wizerunku do realizacji celów i zadań wynikających z statutu Klubu oraz regulaminów Klubu Karate Full Contact.

Z poważaniem:

....
/jeżeli niepełnoletni podpis rodziców/ /podpis/

Niepotrzebne skreślić*

ZGODA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na uczestniczenie mojego syna/córki/podopiecznego/podopiecznej*:

.....
/imię i nazwisko/

W zajęciach sportowych, organizowanych, przez Klub Karate Full Contact sekcja Karate/Kickboxing. Oświadczam, że dziecko jest zdrowe i nie ma żadnych schorzeń, fizycznych lub psychicznych, uniemożliwiających uczestnictwo w zajęciach.

.....
(prawny opiekun / rodzice)

*niepotrzebne skreślić

.....

OPINIA LEKARSKA

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

.....
/pieczęć i podpis lekarza/