

SPECJALISTYCZNE OGNISKO TKKF AIKIDO

1. Nazwisko i imię
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
-
-
4. Telefon stacjonarny
5. Telefon komórkowy
6. Adres E-mail

Oświadczam, że nie zataiłam/-em żadnej informacji, która byłaby przeszkodą w moim udziale w zajęciach rekreacyjnych z elementami aikido (choroby, kontuzje, wady ukryte). Zobowiązuję się przestrzegać regulaminu zajęć.

Wrocław dnia..... (Podpis)

W przypadku osób niepełnoletnich:

Oświadczenie rodziców lub opiekunów:

Wyrażam zgodę na udział syna/córki w zajęciach Aikido w roku szkolnym 2017/2018.

Oświadczam, że nie zataiłam/-em żadnej informacji, która byłaby przeszkodą w udziale dziecka w zajęciach aikido (choroby, kontuzje, wady ukryte).

Zobowiązuję się przestrzegać regulaminu zajęć oraz dostarczyć w przeciągu miesiąca od daty podpisania deklaracji aktualnych sportowych badań lekarskich zezwalających dziecku na udział w zajęciach rekreacyjnych z elementami aikido.

Wrocław dnia
Podpis rodziców lub opiekunów

SPECJALISTYCZNE OGNISKO TKKF AIKIDO

1. Nazwisko i imię
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
-
-
4. Telefon stacjonarny
5. Telefon komórkowy
6. Adres E-mail

Oświadczam, że nie zataiłam/-em żadnej informacji, która byłaby przeszkodą w moim udziale w zajęciach rekreacyjnych z elementami aikido (choroby, kontuzje, wady ukryte). Zobowiązuję się przestrzegać regulaminu zajęć.

Wrocław dnia.....(Podpis)

W przypadku osób niepełnoletnich:

Oświadczenie rodziców lub opiekunów:

Wyrażam zgodę na udział syna/córki w zajęciach Aikido w roku szkolnym 2017/2018.

Oświadczam, że nie zataiłam/-em żadnej informacji, która byłaby przeszkodą w udziale dziecka w zajęciach aikido (choroby, kontuzje, wady ukryte).

Zobowiązuję się przestrzegać regulaminu zajęć oraz dostarczyć w przeciągu miesiąca od daty podpisania deklaracji aktualnych sportowych badań lekarskich zezwalających dziecku na udział w zajęciach rekreacyjnych z elementami aikido.

Wrocław dnia
Podpis rodziców lub opiekunów

