



Wrocławska Sekcja Aikido (deklaracja)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:

.....

Telefon:

Adres @:

GG, Skype itp.:

Data zajęć próbnych:

DLA OSÓB PEŁNOLETNICH

Przyjąłem do wiadomości, że organizator próbnych zajęć nie ma obowiązku ubezpieczać ćwiczącego. Oświadczam, że stan mojego zdrowia umożliwia mi udział w zajęciach.

.....

Podpis (imię i nazwisko)

DLA OSÓB NIEPEŁNOLETNICH

Przyjąłem do wiadomości, że organizator próbnych zajęć nie ma obowiązku ubezpieczać ćwiczącego. Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna/córki w zajęciach Wrocławskiej Sekcji Aikido. Oświadczam, że stan zdrowia dziecka umożliwia mu udział w zajęciach.

.....

Nr dowodu
osobistego

.....

Podpis
(imię i nazwisko OPIEKUNA)