

LEŻAJSKI KLUB KYOKUSHIN KARATE

37-300 Leżajsk, ul. Kwiatowa 15, tel. 505 142 555

www.karatelezajsk.pl , e-mail: biuro@karatelezajsk.pl

konto: Bank Spółdzielczy w Leżajsku 38 9187 0001 2001 0000 1182 0001

Klub posiada licencję Polskiego Związku Karate

KLUBOWA DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

na rok szkoleniowy 20 /20

DANE OSOBOWE

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Proszę o wpisanie mnie na listę członków Leżajskiego Klubu Kyokushin Karate, zobowiązuję się do przestrzegania postanowień statutu Klubu, regulaminu sekcji oraz systematycznego opłacania składek członkowskich do 15 dnia za każdy miesiąc.

Data Podpis.....

Decyzją Zarządu Klubu z dniaw/w został wpisany na listę niepełnoletnich członków Leżajskiego Klubu Kyokushin Karate.

Za Zarząd

OŚWIADCZENIE RODZICÓW

Nazwisko i Imiona Rodziców (Opiekunów Prawnych):

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

Do chwili uzyskania pełnoletności przez nasze dziecko:

.....

(nazwisko i imię)

wyrażamy zgodę na udział w treningach karate Leżajskiego Klubu Kyokushin Karate. Zobowiązujemy się do przyrowadzania dziecka na salę gimnastyczną i odbierania po zajęciach. oraz do uświadomienia dziecka o przestrzeganiu ogólnych zasad bezpieczeństwa, higieny. Klub nie ponosi odpowiedzialności za wartościowe przedmioty pozostawione po treningu m.in. telefony komórkowe, pieniądze, biżuterię, zegarki, ubrania, itp.

Data Podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Ja oświadczam, że w razie poniesienia jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu podczas treningu, spowodowanym nieprzestrzeganiem zaleceń wydawanych przez instruktora nadzorującego zajęcia, nie będę rościł pretensji i dochodził odszkodowania w żadnej z przyjętych form. Jednocześnie oświadczam, że zostałem zapoznany z regulaminem członka sekcji co potwierdzam własnoręcznym podpisem. W związku z panującą pandemią zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń Ministerstwa Zdrowia oraz wytycznych obowiązujących na terenie placówki, w której odbywają się zajęcia

..... (podpis rodziców) (podpis uczestnika)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wskazane zaświadczenie lekarza medycyny sportowej)

Nazwisko i Imię:

Data urodzenia:

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań do uprawiania ćwiczeń ogólnorozwojowych przygotowujących do uprawiania karate.

Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza