

Umowa-zgłoszenie uczestnictwa w zajęciach Aikido w KKA Jaf

Zamierzam uczestniczyć w zajęciach Aikido	<input type="checkbox"/> pierwszy raz <input type="checkbox"/> wznowienie <input type="checkbox"/> kontynuacja
---	--

Wybieram treningi: (Dzień tygodnia / Godzina)	
--	--

NAZWISKO	
IMIĘ	
DATA URODZENIA	rok / miesiąc / dzień / wiek
DATA rozp. treningów	rok / miesiąc / dzień
MIEJSCOWOŚĆ	
TELEFON	
ADRES MAILOWY	

Zapoznałem (am) się z i akceptuję regulamin KKA „Jaf”.

Nie mam problemów zdrowotnych, zobowiązuję się do wykonywania okresowych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do ćwiczeń rekreacyjno- sportowych.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o KKA Jaf na podany adres.

Kielce, dnia:

 Podpis uczestnika zajęć.

 * Podpis rodzica

* gdy uczestnik nie ma ukończonych 18 lat, wymagana zgoda rodzica lub opiekuna prawnego.