

KARTA UCZESTNIKA
XIV Letni Obóz Aikido – Bukowina Tatrzańska 2018

Zgłaszam swój udział w XIV Letnim Obozie Aikido w Bukowinie Tatrzańskiej
w dniach: **10.07.2018 r. - 20.07.2018r.**

Imię i nazwiskoData urodzenia

.....
(Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

Tel.....

(Kontakt do domu/ pracy rodziców, tel. komórkowy rodziców)

PESEL Wzrost: cm

Przyjeżdżam z całą grupą / Przyjeżdżam na własną rękę * *Wracam autokarem z całą grupą /
Wracam na własną rękę **

* Niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że przeczytałem/am, zrozumiałem/am i akceptuję warunki uczestnictwa w
XIV Letnim Obozie Aikido w Bukowinie Tatrzańskiej , zawarte w folderze i regulaminie obozu,
stanowiących integralną część umowy.

.....
Data i podpis uczestnika obozu lub podpis rodzica
(opiekuna prawnego), jeśli uczestnik obozu jest niepełnoletni

Uwagi rodziców lub opiekunów prawnych o stanie zdrowia dziecka i przebytych chorobach:

.....
.....
.....

Ewentualna opinia lekarza:

.....
.....

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza

OŚWIADCZENIE dla osób pełnoletnich:

Data: r.

Ja (nazwisko) (imię) ,niżej podpisany, urodzony.....

w , zamieszkały w (miejscowość) ,(kod pocztowy)

(ulica, nr domu/mieszkania)

Oświadczam, iż jestem zdrowy(a) i zdolny(a) do udziału w XII Letnim Obozie Aikido w Bukowinie Tatrzańskiej oraz posiadam aktualne i odpowiednie zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach/treningach. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za mój stan zdrowia - co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się i akceptuję regulaminy.

.....
(Seria i numer dowodu osobistego)

.....
(Czytelny podpis)

ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) w przypadku dzieci i osób niepełnoletnich:

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w XIV Letnim Obozie Aikido w Bukowinie Tatrzańskiej. Jednocześnie oświadczam, iż syn/córka nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w Obozie Aikido oraz posiada aktualne i odpowiednie zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w treningach. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za stan zdrowia mojego dziecka co potwierdzam własnoręcznym podpisem. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka.

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się i akceptuję regulaminy.

Data:

Seria i nr dowodu:

Podpis rodzica lub opiekuna prawnego:
