

**KARTA UCZESTNIKA**  
**XV Letni Obóz Aikido – Pogorzelica 2019**

Zgłaszam swój udział w XV Letnim Obozie Aikido w Pogorzeliczy  
w dniach: **7.07.2019 r. - 17.07.2019r.**

Imię i nazwisko .....Data 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 XV Letnim Obozie Aikido w Pogorzeliczy , 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: .....

---