



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

SOPOCKIEGO KLUBU KARATE i REKREACJI RANDORI

NIP: 585-146-53-22, REGON: 221785725

e-mail: randori.sopot@wp.pl

81-771 SOPOT, ul. Grunwaldzka 82/2a

Nr konta: : **03 1160 2202 0000 0002 3029 4270**

Oświadczam, że znane mi są cele, zadania i zasady działania Klubu ujęte w jego Statucie. Zobowiązuje się do ich przestrzegania oraz aktywnego uczestnictwa w realizacji tych zadań i celów, a także do terminowego (do 10-go każdego miesiąca¹) opłacania składek członkowskich na konto Klubu. Zobowiązuję się ponadto godnego reprezentowania klubu oraz zachowania godnego karateki.

Imię i nazwisko:

Szkoła:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Ulica **Kod pocztowy**

Miejscowość **Telefon**.....

E-mail:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach sportowo - rekreacyjnych karate w SKKiR RANDORI.

Jednocześnie – do czasu przedstawienia zaświadczenia lekarskiego – biorę pełną odpowiedzialność za ewentualne dolegliwości zdrowotne dziecka, wynikające z choroby, ukrytej choroby, lub innych, nie zgłoszonych przed zajęciami dolegliwości.

Oświadczam, że w razie poniesienia jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu podczas treningu, spowodowanego nie przestrzeganiem zaleceń wydawanych przez instruktora nadzorującego zajęcia, nie będę rościł/rościła pretensji i dochodził/dochodziła odszkodowania w żadnej z przyjętych form.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji na potrzeby realizacji celów statutowych Klubu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)

Przysługuje mi prawo wglądu w te dane, ich poprawianie i uzupełnianie.

Wyrażam również zgodę do wykorzystania mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka* w trakcie podejmowania przez Klub działań promocyjno-informacyjnych, w tym umieszczania wizerunku na stronie internetowej Klubu, innych portalach internetowych, a także mediach publicznego przekazu.

Oświadczam, że nie występują żadne przeciwwskazania zdrowotne do uprawiania przeze mnie/przez moje dziecko* dyscyplin związanych ze sportami walki.

Oświadczam, że jestem objęty/moje dziecko jest objęte* ubezpieczeniem od nieszczęśliwych wypadków.

.....
Czytelnie data, imię i nazwisko oraz podpis rodzica (opiekuna prawnego)

Data przyjęcia (wypełnia Klub):

¹ opis: imię nazwisko, składka członkowska, miesiąc, nr szkoły. Np. Jan Kowalski, składka członkowska za maj, SP 20

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Brak przeciwwskazań zdrowotnych do uczestniczenia w zajęciach sportowo-rekreacyjnych / udział w zajęciach dozwolony pod warunkiem* (lekarz rodzinny - rekreacja lub lekarz sportowy – zawody krajowe i międzynarodowe**).

.....
Imię i nazwisko dziecka oraz numer szkoły

ZDOLNY(A)

NIEZDOLNY(A)

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza

* w przypadku warunkowego dopuszczenia dziecka do zajęć, należy podać wskazania i ew. czas ich obowiązywania

** niewłaściwe skreślić

