**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

 **AKADEMIA SPORTÓW WALKI I REKREACJI ALEX KUTNO**

Ja niżej podpisany/a/……………………………………………………………………………..

Urodzony /a/ dnia……………w roku…………..w…………………………………………..

Zamieszkały/a/ w:…………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy:……………………………………………………………………………….

Proszę o przyjęcie mnie na poczet członków , uczestników Akademii Sportów Walki I Rekreacji ALEX KUTNO .Jednocześnie zobowiązuje się do przestrzegania Statutu oraz sumiennego i godnego wypełniania obowiązków członka, uczestnika tego Klubu na zajęciach sportowych, zawodach sportowych i w życiu codziennym.

W oparciu o ustawę art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 (RODO) które to stosowane będzie w Polsce od dnia 25 maja 2018 r. wyrażam zgodę na gromadzenie , przetwarzanie i wykorzystywanie w/w danych osobowych wyłącznie do celów związanych z uprawnieniem Akademii Sportów Walki i Rekreacji ALEX KUTNO.

……………………………………………….. …………………………………………………………

/ miejscowość i data / / podpis osoby trenującej /

  **ZGODA RODZICÓW ( OPIEKUNA PRAWNEGO )\*\***

Zezwalam mojemu synowi\*/ mojej córce\* na udział w zajęciach Akademii Sportów Walki i Rekreacji ALEX KUTNO

…………………………………………… ……………………………………………………………

/miejscowość i data / /podpis rodzica/ opiekun prawny /

 **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE \*\*\***

Stwierdzam brak przeciwskazań u ………………………………………do udziału w zajęciach kickboxingu , bosku , samoobrony w formie rekreacyjnej bez sparingów i walk.

Data……………. …………………………………………………..

 /pieczęć i podpis lekarza/

UWAGA: Osoby które chcą brać udział w zawodach sportowych , turniejach oraz walkach zobowiązane są do wykonania szczegółowych badań lekarskich specjalistycznych i uzyskania stosownych wpisów lekarza specjalisty medycyny sportowej do Książeczki Sportowo-Lekarskiej Zawodnika Polskiego Związku Kickboxingu.

\*niepotrzebne skreślić

\*\*dotyczy osób niepełnoletnich

\*\*\*dotyczy uczestników grupy początkującej