



## AKADEMIA KARATE TRADYCYJNEGO w Rzeszowie

35-309 Rzeszów, ul. Podwisłocze 24/75

[www.niewczas.com](http://www.niewczas.com), e-mail: shinai@poczta.onet.pl

Konto bankowe: 12 1750 1224 0000 0000 0247 0411

Klub posiada licencję Polskiego Związku Karate Tradycyjnego

### DEKLARACJA CZŁONKOWSKA AKADEMII na rok szkoleniowy 2017/2018

#### DANE OSOBOWE ĆWICZĄCEJ

Nazwisko: .....

Imię: .....

Data urodzenia, pesel: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon do obojga rodziców lub opiekunów prawnych: .....

e-mail do rodziców lub opiekunów prawnych: .....

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam/y, że wyrażam/y zgodę na udział naszego dziecka w treningach karate w Akademii Karate Tradycyjnego w Rzeszowie oraz jej sekcjach. Zobowiązuję/my się do przyprowadzania dziecka na salę treningową i odbierania po zajęciach.
2. Ja ..... oświadczam, że w razie poniesienia jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu podczas treningu, spowodowanego nie przestrzeganiem zaleceń wydawanych przez instruktora nadzorującego zajęcia, nie będę rościł pretensji i dochodził odszkodowania w żadnej z przyjętych form. Jednocześnie oświadczam, że zostałem zapoznany z regulaminem członka Klubu co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

3. Oświadczam, że zobowiązuję się do przestrzegania postanowień statutu Akademii, regulaminów, uchwał oraz systematycznego opłacania składek członkowskich do 5 dnia każdego miesiąca.
4. Wyrażam/nie wyrażam zgody na przechowywanie i przetwarzanie przez Akademię Karate Tradycyjnego danych osobowych rodzica i dziecka w celu niezbędnym dla realizacji zajęć sportowych, utrzymywania kontaktu z rodzicem przez prowadzącego zajęcia, w celach informacyjnych. Nieodpłatne i anonimowe wykorzystanie wizerunku dziecka w formie zdjęć lub filmów z zajęć sportowych realizowanych w AKT Rzeszów, przez ich zwielokrotnianie dowolną techniką, w tym umieszczanie ich: na stronie internetowej, profilu FB, kanale YouTube w materiałach marketingowych, promocyjnych i informacyjnych dotyczących Akademii Karate Tradycyjnego.

.....  
(podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wskazane zaświadczenie lekarza sportowego)

Nazwisko i Imię: .....

Data urodzenia: .....

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań do uprawiania karate.

Data .....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza