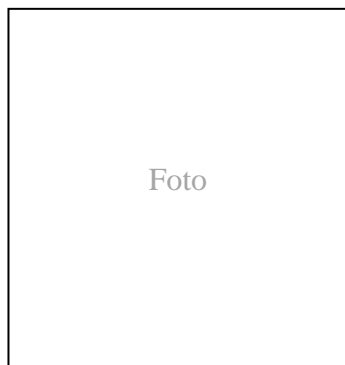


Warszawska Akademia Karate Tradycyjnego
04-967 Warszawa, ul. Jagienki 6 m. 35
Tel.:+48 603 631 323, biuro@wakt.pl
Tel.: +48 507 140 593, wakt@wp.pl
www.wakt.pl



Warszawa, dnia



Proszę wypełnić drukowanymi literami.

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok).....

Miejsce urodzenia.....

Imię matki* telefon.....e-mail.....

Imię ojca* telefon.....e-mail.....

Adres zamieszkania: kod..... miejscowość.....

ulica.....nr domu.....mieszkania.....

Adres szkoły*: kod miejscowość.....

ulica.....nr.....

nr szkoły..... klasa..... telefon.....

Miejsce pracy (rodziców*): kod..... miejscowość.....

ulica..... nr.....

Dotychczasowe osiągnięcia sportowe, uprawnienia, uprawiane dyscypliny sportowe:

.....

Zezwalam mojemu /mojej/ synowi /córcze/ imię.....nazwisko..... na*

udział w zajęciach karate w dniach, w godz.....

Deklaruję miesięczną składkę klubową płatną z góry do 10 każdego miesiąca w wysokościzł.

*Jednocześnie biorę odpowiedzialność za dojsie dziecka na zajęcia i powrót do domu.**

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis zawodnika /

rodzica lub prawnego opiekuna*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami)

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis zawodnika /

rodzica lub prawnego opiekuna*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na rejestrowanie wizerunku mojego / mojego dziecka podczas zajęć karate oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć na stronie internetowej WAKT oraz na profilu internetowym Facebook zarządzanym przez WAKT, w celu informacji oraz promocji Klubu.*

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis zawodnika /

rodzica lub prawnego opiekuna*

*dotyczy osób niepełnoletnich

Dnia zawodnik został skreślony z listy członków

Warszawskiej Akademii Karate Tradycyjnego. Przyczyna skreślenia

Podpis