



Data:

Zabrzańska Szkoła Narciarska

KARTA UCZESTNIKA – SEZON /

NAZWISKO

IMIĘ

DATA URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA

.....

TEL. #1

TEL. #2

PESEL

E-MAIL

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka / podopiecznego w szkoleniu narciarskim, i jestem świadom(a) zagrożeń wynikających z uprawiania narciarstwa zjazdowego. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję Regulamin ZSN SLALOM a w szczególności z pkt. 18. dot. przetwarzania danych osobowych. Potwierdzam również, że wszystkie powyższe dane są prawidłowe.

.....

Podpis rodzica lub opiekuna

*Oświadczenie rodzica o braku przeciwwskazań do uprawiania narciarstwa zjazdowego w wybranym sezonie.

.....

Podpis rodzica lub opiekuna

*Oświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do uprawiania narciarstwa zjazdowego w wybranym sezonie.

.....

Pieczęć i podpis lekarza

* należy wybrać właściwe

ZABRZE UL.WOLNOŚCI 165A TEL. +48 608-168-031
WWW.SLALOM.COM.PL