

Imię Nazwisko Nr PESEL
Data i miejsce urodzenia Imiona Rodziców
Adres Telefon

ZGODA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka.....
w zajęciach sekcji JUDO Centrum Młodzieży im. dr H. Jordana w Krakowie ul. Krupnicza 38, a także
wyrażam / nie wyrażam zgody na samodzielny powrót dziecka po zajęciach do domu.

Data Czytelny podpis

WYMAGANIA ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W TRENINGACH

1. Wypełnienie i zwrot powyższej zgody na udział w zajęciach.
2. Wpłata 350zł (opłata roczna, można w ratach) za udział w zajęciach, płatna u trenera Jacka Limanówki.
3. Zaświadczenie od lekarza rodzinnego o braku przeciwwskazań do udziału w treningach judo dla osób początkujących oraz zaświadczenie od lekarza sportowego dla osób zaawansowanych (należy udać się ze skierowaniem od lekarza pierwszego kontaktu do przychodni sportowo-lekarskiej, gdzie po wykonaniu niezbędnych badań dziecko otrzyma „zdolność” na 6 miesięcy).
4. Przychodnie sportowe mające kontrakt z NFZ: ul. Nałkowskiego 1 tel. 6260900, ul. Reymonta 22 tel. 6358743, ul. Bonarka 18 tel. 2668482, oś. Urocze 2 tel. 6442755, ul. Pachońskiego 12 tel. 4153667, ul. Szpunara 20 w Wieliczce tel. 2782824.

Imię Nazwisko Nr PESEL
Data i miejsce urodzenia Imiona Rodziców
Adres Telefon

ZGODA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka.....
w zajęciach sekcji JUDO Centrum Młodzieży im. dr H. Jordana w Krakowie ul. Krupnicza 38, a także
wyrażam / nie wyrażam zgody na samodzielny powrót dziecka po zajęciach do domu.

Data Czytelny podpis

WYMAGANIA ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W TRENINGACH

1. Wypełnienie i zwrot powyższej zgody na udział w zajęciach.
2. Wpłata 350zł (opłata roczna, można w ratach) za udział w zajęciach, płatna u trenera Jacka Limanówki.
3. Zaświadczenie od lekarza rodzinnego o braku przeciwwskazań do udziału w treningach judo dla osób początkujących oraz zaświadczenie od lekarza sportowego dla osób zaawansowanych (należy udać się ze skierowaniem od lekarza pierwszego kontaktu do przychodni sportowo-lekarskiej, gdzie po wykonaniu niezbędnych badań dziecko otrzyma „zdolność” na 6 miesięcy).
4. Przychodnie sportowe mające kontrakt z NFZ: ul. Nałkowskiego 1 tel. 6260900, ul. Reymonta 22 tel. 6358743, ul. Bonarka 18 tel. 2668482, oś. Urocze 2 tel. 6442755, ul. Pachońskiego 12 tel. 4153667, ul. Szpunara 20 w Wieliczce tel. 2782824.