

FORMULARZ UCZESTNIKA SZKOLEŃ KRAV MAGA

Imię i nazwisko.....
Adres.....
Telefon kontaktowy.....
Email.....
Data i miejsce urodzenia.....
Uwagi (np. przebyte kontuzje, doświadczenie z innych stylów).....
.....
Ankieta-skąd dowiedziałeś/aś się o szkole?.....

1. Oświadczam, iż jestem osobą nie karaną sądownie.
2. Oświadczam, że zostałem poinformowany o konieczności przeprowadzenia badań lekarskich, dopuszczających do rekreacyjnego uprawiania samoobrony.
3. Oświadczam, że biorę na siebie odpowiedzialność za ubezpieczenie się od następstw wypadków, które mogą wystąpić w trakcie treningu.
4. Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że w wyniku treningu mogę ulec kontuzji, oraz trwale utracić zdrowie. Jestem tego w pełni świadomy i godzę się na ten fakt, biorąc odpowiedzialność na siebie.
5. Zobowiązuję się do całkowitego podporządkowania się zasadom bezpieczeństwa zajęć, a w szczególności wszystkim zaleceniom instruktora prowadzącego zajęcia.
6. Zobowiązuję się nie rozpowszechniać nabytej wiedzy i umiejętności oraz nie wykorzystywać jej w działaniach niezgodnych z prawem.
7. Zezwalam na udostępnianie moich danych oraz informacji o uczestnictwie w treningach systemu Krav Maga Policji i innym przedstawicielom prawa w Polsce.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Krav Maga Polska zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....

pieczęć przychodni

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....
PESEL.....
Stwierdzam u w/w brak przeciwwskazań do rekreacyjnego uprawiania
Samoobrony Krav Maga

.....
Miejsce, data pieczęć lekarza, podpis

