



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisany/a, zwracam się o przyjęcie do **KLUBU KARATE ARASHI**. Znam prawa i obowiązki zawodnika/członka klubu. Zobowiązuję się do dostarczenia zgody lekarza sportowego na uczestnictwo w treningach, ubezpieczenie NNW, przestrzegania statutu, regulaminu oraz zarządzeń władz Klubu.

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Pesel Tel/ tel rodziców (opiekunów)

W oparciu o ustawę o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych do celów związanych z uprawnieniami **KLUBU KARATE ARASHI** oraz zamieszczanie mojego wizerunku w fotorelacjach na klubowym profilu społecznościowym Facebook.

.....
(data i podpis)

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w treningach karate i współzawodnictwie sportowym w karate oraz zobowiązuje się do regularnego opłacania składek członkowskich. Potwierdzam powyższe dane i akceptuję w/w warunki. W oparciu o ustawę o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystanie w/w danych osobowych do celów związanych z uprawnieniami **KLUBU KARATE ARASHI** oraz zamieszczanie mojego wizerunku w fotorelacjach na klubowym profilu społecznościowym Facebook.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)

Zgoda prezesa **KLUBU KARATE ARASHI** na przyjęcie zawodnika do klubu.

.....
(data i podpis)

Klub Karate Arashi
ul. Lotnicza 30/4
NIP: 691-250-57-73

mail: arashilegnica@gmail.com
tel. 607 897 762