

PŘIHLÁŠKA DO ATLETICKÉ PŘÍPRAVKY (školní rok 2018/2019)

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|--------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| Jméno a příjmení: | | Rodné číslo: | | | | | | | | | | |
| Bydliště: | | | | | | | | | | | | |
| Zdravotní pojišťovna: | | Číslo ZP: | | | | | | | | | | |
| Základní škola: | | | | | | | | | | | | |
| Kontaktní osoba: | | Telefon: | | | | | | | | | | |
| | | Email: | | | | | | | | | | |
| Skupina č. | 0A | 0B | 0C | 0D | 0E | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | V1 | V2 |

Žádám a souhlasím s tím, že podáním této přihlášky, jejím přijetím Atletikou Zábřeh z.s. a zaplacením členských příspěvků se stávám členem Atletiky Zábřeh z.s. (IČ: 26650134) tak, jak vyplývá ze stanov spolku, zveřejněných na webu AZ a jejichž obsah je mi znám.

Souhlasím se zpracováním a evidencí osobních údajů podle zákona č.101/2000Sb., v platném znění a souhlas s využitím rodného čísla podle zákona č.133/2000Sb., v platném znění.

Dále souhlasím, aby se mé dítě účastnilo pohybové aktivity při tréninku s důrazem na všestrannost, i soutěží a závodů pro určitou věkovou kategorii v rámci sportovního klubu, případně v rámci Krajského atletické svazu, Českého atletického svazu, České unie sportu.

.....
podpis zákonného zástupce

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI OD OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Jméno a příjmení: Datum narození:

je zdravotně způsobilý/á/ zúčastňovat se všestranných pohybových aktivit v rámci všeobecné přípravy dětí.

Upozorňuji na zvláštnosti a omezení (vyplní lékař):

| |
|--|
| 1. Nemoci: |
| 2. Úrazy: |
| 3. Očkování: |
| 4. Alergie: |
| 5. Užívá pravidelně léky:(četnost a způsob užívání): |
| 6. Léky, které nesmí užívat: |
| 7. Jiná zdravotní omezení: |

.....
(Místo a datum)

.....
(Razítko a podpis lékaře)