

DEKLARACJA Dziecięcej Akademii Samoobrony

DEKLARACJA Nr

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania PESEL

Tel. kontaktowy

Deklaruję chęć uczestnictwa mojego dziecka

w zajęciach prowadzonych przez „KSM TEAM.

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do uprawiania zajęć rekreacyjno-sportowych z elementami KICKBOXINGU, prowadzonych przez KSM TEAM”. Przyjmuję do wiadomości istnienie ryzyka kontuzji, a w razie jej wystąpienia nie będę dochodził odszkodowania ani zadośćuczynienia od organizatora.

Oświadczam iż moje dziecko posiada/nie posiada polisę NNW

Podpis rodzica

.....