



Přihláška

Jméno: _____ Příjmení: _____

Datum a místo narození: _____

Bydliště: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Koho a kam volat v případě nehody: _____

Lékařské potvrzení o zdravotní způsobilosti:

Potvrzení o pojištění:

1. Cvičenci do 18 let:

- má úrazové pojištění
- cvičí na naši odpovědnost

podpis zákonného zástupce

2. Cvičenci nad 18 let:

- mám úrazové pojištění
- cvičím na vlastní odpovědnost

podpis

Aikidó cvičí od: _____ Dosažený stupeň: _____