KWESTIONARIUSZ OSOBOWY I ZGODA RODZICA - RAIKEN YOUNG WARRIORS

1. DANE UCZESTNIKA

• Imię i Nazwisko: _____

• Data urodzenia: _____ PESEL: _____

2. DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW

• Imię i Nazwisko: _____

• Numer telefonu (alarmowy): _____

• Adres e-mail: _____

3. OŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

• Czy dziecko posiada przeciwwskazania do wysiłku fizycznego? (TAK/NIE): _____

• Czy dziecko cierpi na alergie/choroby przewlekłe (np. astma, cukrzyca)? _____

4. ZGODY I OŚWIADCZENIA

• Oświadczam, że zapoznałem/-am się z **Regulaminem Szkoły Sztuk Walki RAIKEN** i akceptuję jego postanowienia, w tym zasady płatności do 5-go dnia miesiąca.

• Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach administracyjnych i kontaktowych (zgodnie z RODO).

• Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku dziecka (zdjęcia/filmy z treningów) w celach promocyjnych Szkoły RAIKEN w mediach społecznościowych.

• Oświadczam, że dziecko posiada zdolność do udziału w zajęciach sportowych.

PODPIS RODZICA/OPIEKUNA: _____ Data: _____

Szkoła Sztuk Walki RAIKEN
ul. Królewska 1, 30-045 Kraków
NIP: 6751796155 | REGON: 528042550
Nr. Konta: 22 1240 2571 1111 0011 3637 9974
Tel. 698337684 | E-mail: dojo.raiken@gmail.com | sswraiken.pl
Pełna treść klauzuli informacyjnej RODO dostępna w siedzibie klubu oraz na www.sswraiken.pl/rodo