

imię i nazwisko
pełnoletniego członka klubu/
rodzica/opiekuna prawnego

Adres zamieszkania

tel. kontaktowy

PESEL rodzica/opiekuna prawnego

imię i nazwisko dziecka *(jeśli dotyczy)*

Adres zamieszkania

Data urodzenia

PESEL dziecka

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

(wypełnia Członek Klubu lub w przypadku niepełnoletnich Członków Klubu rodzic/prawny opiekun)

Oświadczam, że nie posiadam/ moje dziecko nie posiada * przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach i zawodach lekkoatletycznych organizowanych przez RK Athletics z siedzibą w Warszawie przy ul. Czterech Wiatrów 37.

**(niepotrzebne skreślić),*

data

podpis pełnoletniego Członka Klubu lub rodzica/opiekuna prawnego