



ZGODA

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka.....
(Imię i Nazwisko)
w zajęciach Kung-Fu.

.....
Tel. kontaktowy

.....
Nr dowodu osobistego

.....
Podpis rodzica

OPINIA LEKARZA

Dziecko może uczestniczyć w zajęciach Kung-Fu.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

W przypadku braku opinii lekarza rodzic sam może wystawić podpisać opinię o stanie zdrowia dziecka biorąc tym samym pełną odpowiedzialność.

Dolegliwości jakie mogą wystąpić u dziecka podczas treningu (astma, duszności, bóle brzucha, epilepsja, wady serca, wady postawy i inne).

.....
.....

.....
Nr dowodu osobistego

.....
Podpis rodzica