

SPORTOVNÍ KLUB
ARITMA PRAHA
ODDÍL ATLETIKA



PŘIHLÁŠKA

Prohlašuji, že se chci stát členem atletického oddílu SK ARITMA PRAHA.

Uvědomuji si, že do začátku mé aktivní účasti v SK ARITMA PRAHA musím úspěšně absolvovat **vstupní lékařskou prohlídku** podle § 4 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu.

Současně se zavazuji, že po dobu mé registrace v SK ARITMA PRAHA a Českém atletickém svazu (dále jen ČAS) absolvuji vždy **jednou za 12 měsíců pravidelnou lékařskou prohlídku** podle § 5 vyhlášky č. 391/2013 Sb.

Příjmení:.....

Jméno:

Datum narození:.....

Rodné číslo:.....

Národnost: česká / jiná: (uved'te).....

Občanství: české / jiné: (uved'te).....

Bydliště:.....

Telefon zákonného zástupce:.....

E-mail zákonného zástupce:.....

Beru na vědomí, že přihláška je platná až po úplném zaplacení členských příspěvků.

Souhlasím s tím, že mé osobní údaje (osobní údaje mého dítěte), uvedené na této přihlášce (jméno, příjmení, rodné číslo, adresa bydliště, mobilní telefon a emailová adresa), budou součástí evidence SK Aritma Praha a ČAS a budou využívány pro jeho činnost a potřeby.

V Praze dne

.....
Vlastnoruční podpis sportovce

(u sportovců mladších 15ti let také podpis zákonného zástupce)