



KS ŚWIDNICZANKA
RAZEM TWORZYMY HISTORIĘ

KLUB SPORTOWY
ŚWIDNICZANKA Sp. z o.o.

ul. KOSYNIERÓW 17B, 21-040 ŚWIDNIK

www.ksswidniczanka.pl

Świdnik, dn.:

WNIOSEK O CZASOWE ZAWIESZENIE
W ZAJĘCIACH AKADEMII PIŁKARSKIEJ KS ŚWIDNICZANKA Sp. z o.o.

Jako prawny opiekun:

DANE PERSONALNE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH ZAWODNIKA KLUBU

<i>IMIĘ I NAZWISKO</i>	
<i>ADRES ZAMIESZKANIA</i>	
<i>TELEFON</i>	
<i>E-MAIL</i>	
<i>IMIĘ I NAZWISKO</i>	
<i>ADRES ZAMIESZKANIA</i>	
<i>TELEFON</i>	
<i>E-MAIL</i>	

zwracam się z prośbą o czasowe zawieszenie w zajęciach mojego dziecka (*ZAWODNIKA Klubu*):

DANE PERSONALNE ZAWODNIKA KLUBU

<i>IMIĘ I NAZWISKO</i>	
<i>PESEL</i>	
<i>DATA URODZENIA</i>	
<i>ADRES ZAMIESZKANIA</i>	

w zajęciach sportowych organizowanych przez Klub w sekcji piłki nożnej prowadzonej przez:

DANE PERSONALNE TRENERA PROWADZĄCEGO

<i>IMIĘ I NAZWISKO</i>	
------------------------	--

Wniosek spowodowany jest (krótka informacja powodu czasowego zawieszenie uczestnictwa w zajęciach):

.....
.....

Jestem świadomy/ma, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku oraz zawieszenia uczestnictwa, o którym mowa w & 4 pkt. 3 Regulaminu KS „ŚWIDNICZANKA” Sp. z o.o., jestem zobowiązany/na uiszczać 50% opłaty podstawowej za szkolenie przez okres zawieszenia uczestnictwa.

W załączeniu przedkładam zaświadczenie lekarskie o chorobie zawierające zwolnienie z zajęć sportowych.

Zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97 roku o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. nr 133 poz. 883, z późniejszymi zmianami, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(data, czytelny podpis opiekuna prawnego osoby małoletniej)