



FITNESS AQUACENTRUM

Člen

Jméno _____

Příjmení _____

Datum narození _____

Bydliště _____

Prohlašuji na základě lékařského posouzení svého zdravotního stavu, že jsem způsobilý/á absolvovat fyzickou zátěž tréninků a závodů bez nebezpečí poškození svého zdraví.

Datum _____

Podpis _____

U osob mladších 18ti let:

Jméno a podpis zákonného zástupce: _____

Prohlášení nesmí být starší jednoho roku.