

CERERE DE ÎNSCRIERE

Aprobat cu nr. înregistrare: _____

Data înscrierii: _____

(numărul și data înscrierii vor fi completate de reprezentanții clubului)

Poză

Subsemnatul(a) _____ născut(ă)

la data de _____ în _____,

domiciliat(ă) în (adresa completă) _____

CNP _____ posesorul(oarea) actului de identitate seria _____,

nr. _____, eliberat de _____, la data

de _____, grupa de sânge și RH _____,

doresc să mă înscriu la cursul de arte marțiale: _____

din cadrul Academiei Aiki Seishin Ryu (organizator), devenind membru activ al asociației.

În acest sens mă oblig să respect Statutul, regulamentele și toate prevederile normelor interne ale Academiei. De asemenea, pentru evitarea accidentărilor pe parcursul antrenamentelor de arte marțiale sau a altor activități organizate de Academie, mă oblig să respect cu strictețe indicațiile instructorilor, în caz contrar asumându-mi întreaga răspundere pentru accidentări.

În caz de urgențe, autorizez organizatorii/reprezentanții asociației/medicul de a lua toate măsurile necesare pentru siguranța și sănătatea mea și/sau a celorlalți cursanți (primul ajutor, transport la spital, intervenții medicale de urgență, etc.).

Care este motivul principal pentru care dorești să practici arte marțiale?

Înălțime (cm, la data înscrierii): _____

Greutate (kg, la data înscrierii): _____

ASOCIAȚIA CLUBUL SPORTIV
ACADEMIA AIKI SEISHIN RYU

Sediu: Bd. Corneliu Coposu, Nr.4, Sector 3, București | CIF 35140295

14-17 ani

Telefon mobil: _____ / _____

E-Mail: _____ / _____

Sunt elev la: _____
(numele instituției de învățământ)

Alte arte marțiale practicate: Nu am mai practicat arte marțiale.

NR.	STILUL	PERIOADA	ULTIMUL GRAD OBTINUT	DECERNAT DE CĂTRE

Pasiuni: _____

Alte mențiuni: _____
(opțional)
(dacă doriți să mai aduceți în atenția instructorilor și alte informații)

De asemenea, declar pe propria răspundere că sunt apt pentru sport (conform adeverinței medicale anexate) și că nu sufăr de boli ale sistemului nervos, boli psihice grave, boli de inimă sau de alte afecțiuni care implică riscuri pentru sănătate în cazul depunerii de efort fizic susținut și/sau intens. Încălcarea acestui angajament exonerează Asociația Clubul Sportiv Academia Aiki Seishin Ryu de orice responsabilitate.

Data: _____ **Semnătura cursantului:** _____

(Mai jos va completa și semna formularul cel puțin unul dintre părinții minorului, sau tutorele.)

Nume tată: _____ Tel: _____

Nume mamă: _____ Tel: _____

Email părinți: _____ / _____

Am citit termenii și condițiile ASR, regulamentul și statutul asociației și declar că sunt întrutotul de acord cu acestea, precum și cu prezenta cerere a copilului meu de a deveni membru activ în cadrul Asociației Clubul Sportiv Academia Aiki Seishin Ryu.

Toate informațiile și datele personale furnizate prin acest formular vor fi tratate ca informații confidențiale, neputând fi transmise către terți fără acordul explicit al semnatarilor, conf. Art.9 din Termeni și Condiții (TC-ASR) și legislației în vigoare.

Data: _____ **Semnăturile de accept ale părinților** (va semna cel puțin unul dintre părinți):

Semnătura tatălui: _____ **Semnătura mamei:** _____