



# OŚWIADCZENIE

WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH  
SEKCJI LEKKIEJ ATLETYKI  
MKS ŚWIT NOWY DWÓR MAZOWIECKI SYNA/CÓRKI:

.....  
*imię i nazwisko dziecka*

I JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE MÓJ SYN/CÓRKA JEST ZDROWY/A I NIE  
MA PRZECIWWSKAZAŃ DO UPRAWIANIA SPORTU.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO DOKONYWANIA COMIESIĘCZNEJ OPŁATY  
CZŁONKOWSKIEJ W WYSOKOŚCI **190,00 ZŁ (STO DZIEWIĘDZIESIĄT  
ZŁOTYCH)** DO **10 DNIA** KAŻDEGO MIESIĄCA.

**SKŁADKI BĘDĘ WPŁACAĆ PRZEZ APILKACJĘ PROTRAINUP**

LUB NA NUMER KONTA SEKCJI: 47 1020 1026 0000 1202 0700 5327  
W TYTULE: IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA, ZA JAKI MIESIĄC WPŁATA ORAZ NAZWISKO TRENERA

**TAK / NIE**

*niepotrzebne  
skreślić*

Posiadam **NOWODWORSKĄ KARTĘ FAMILIJNĄ**, która uprawnia mnie  
do **50 zł** zniżki.

**Jeżeli TAK**, to ksero karty dołączam w załączniku, nr karty:

**TAK / NIE**

*niepotrzebne  
skreślić*

Posiadam **NOWODWORSKĄ KARTĘ MIESZKAŃCA**, która uprawnia mnie  
do **15 zł** zniżki.

**Jeżeli TAK**, to ksero karty dołączam w załączniku, nr karty:

**UWAGA! ZNIŻKI SIĘ NIE ŁĄCZĄ.  
RESPEKTOWANA JEST KORZYSTNIEJSZA DLA UCZESTNIKA.**

**NOWY DWÓR MAZOWIECKI, .....**

\_\_\_\_\_  
*czytelny podpis  
rodzica/prawnego opiekuna*