



OŚWIADCZENIE

WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH
**SEKCJI LEKKIEJ ATLETYKI DLA OSÓB Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**
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 **150,00 ZŁ (STO PIĘĆDZIESIĄT ZŁOTYCH)** DO **10. DNIA** KAŻDEGO MIESIĄCA. SKŁADKI CZŁONKOWSKIE OPŁACANE SĄ PRZEZ 12 MIESIĘCY W ROKU.

SKŁADKI BĘDĘ WPLACAĆ PRZEZ APILKACJĘ PROTRAINUP

Lub na numer konta sekcji: **32 1020 1026 0000 1502 0395 1696**

W TYTULE: IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA, ZA JAKI MIESIĄC WPLATA ORAZ NAZWISKO TRENERA

TAK / NIE

niepotrzebne
skreślić

Posiadam **NOWODWORSKĄ KARTĘ FAMILIJNĄ/KARTĘ DUŻEJ RODZINY Z OZNACZENIEM NOWODWORSKIM**, która uprawnia mnie do **25 zł** zniżki.

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

TAK / NIE

niepotrzebne
skreślić

Posiadam **NOWODWORSKĄ KARTĘ PODATNIKA**, która uprawnia mnie do **25 zł** zniżki.

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

UWAGA! ZNIŻKI SIĘ NIE ŁĄCZĄ.

NOWY DWÓR MAZOWIECKI,

.....
czytelny podpis
rodzica/prawnego opiekuna