



PŘIHLÁŠKA

LFP a ASK

Jméno hráče / hráčky: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Škola: _____

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení: _____

Bydliště: _____ Mob: _____

Email: _____

Prohlášení o zdravotním stavu dítěte pro oddíl florbalu:

Prohlašuji, že můj syn / dcera narozený (á)

A) nemá žádné zdravotní potíže, které by mu/jí bránily zvládnout zátěž florbalových tréninků a zápasů.

B) má zdravotní omezení (prosím vyplňte)

.....
.....
.....

(dle závažnosti může být požadováno potvrzení od lékaře)

O každé změně zdravotního stavu dítěte budu ihned informovat trenéra.

Souhlasím ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění, se shromažďováním, evidencí, úschovou a zpracováním shora uvedených osobních údajů.

Jméno zákonného zástupce:

Podpis: