

Centrum Aktywności Fizycznej- Rzeszów  
CAF-Rzeszów 35-064 Rzeszów  
Ul. Jana Matejki 8A, NIP 8133823816  
Regon 384486670 tel. 607091246

### Zgoda rodziców / opiekunów prawnych

Ja niżej podpisany (-na).....  
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego\*)  
legitymujący (-a) się  
Dowodem Osobistym .....  
(seria i numer dowodu)  
wydanym przez .....

#### **wyrażam zgodę**

na uczestnictwo mojego syna/córki\*

.....  
(imię, nazwisko, data urodzenia)  
w zajęciach KICBOXINGU, BOKSU ,OGÓLNOROZWOJOWYCH  
organizowanych przez Centrum Aktywności Fizycznej- Rzeszów, które  
mieści się w Rzeszowie ul. Matejki 8A

Oświadczam, iż mój syn / córka\* nie ma przeciwwskazań zdrowotnych  
do korzystania z tych że zajęć. Jednocześnie biorę na siebie  
odpowiedzialność za ewentualne wypadki syna / córki\*.  
Oświadczam, iż ponoszę pełną odpowiedzialność za uszkodzenie sprzętu  
przez mego syna/córkę\* wynikające z nieprawidłowego korzystania,  
niezgodnego z instrukcją obsługi i regulaminem.

.....  
(telefon kontaktowy rodzica/ opiekuna prawnego)

.....  
( data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

\*niepotrzebna skreślić