

STOWARZYSZENIE KRAV MAGA POLSKA

Karta słuchacza

KURSU INSTRUKTORA-INICJATORA KRAV MAGA

Nazwisko i imię

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Imię ojca PESEL

Wykształcenie

Zawód lub nazwa szkoły rok nauki

Doświadczenie, stopień w systemie KRAV MAGA

.....

Doświadczenie, stopnie, kwalifikacje w innych sportach, systemach i sztukach walki

.....

Adres zamieszkania: ul. nr

Kod Miejscowość

Telefon e-mail

.....

(Miejscowość, data)

.....

(podpis słuchacza)

Oświadczam, że jestem ubezpieczony/na od następstw nieszczęśliwych wypadków. Mój stan zdrowia pozwala na uczestniczenie w zajęciach ruchowych – fizycznych o wyczerpującym wysiłku, które są w systemie walki wręcz i samoobrony KRAV MAGA. Mam świadomość, że jest to system kontaktowy i w trakcie zajęć mogę ulec kontuzji pomimo przestrzegania zasad bezpieczeństwa.

.....

(podpis słuchacza)