

AKADEMICKI ZWIĄZEK SPORTOWY

ŚRODOWISKO WARSZAWA

ul. Szpitalna 5, 00-031 Warszawa

tel. / fax. 022 827 28 63, 828 59 55

mail: azs@wintercup.pl www.wintercup.pl

(pieczęć Klubu zgłaszającego)

INDYWIDUALNE OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

Klub AZS / Uczelnia

Legitymacja AZS

Data urodzenia

Nr legitymacji

Data urodzenia

Niniejszym oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na udział w rywalizacji sportowej w ramach AZS Winter Cup 2011/2012

(na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dn. 12.09.2001 r. Dz. U. nr 101)

Oświadczam, że znam Regulamin AZS Winter Cup 2011/2012 i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych w związku z uczestnictwem w rywalizacji sportowej w ramach Narciarskiego Akademickiego Pucharu Polski - AZS Winter Cup 2011/2012

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 272 Kodeksu karnego za wyludzenie poświadczenia nieprawdy lub podstępne wprowadzenie w błąd, potwierdzam prawdziwość powyższych danych własnoręcznym podpisem.

(miejscowość, data)

(podpis)