



ZGODA NA SZKOLENIE SPADOCHRONOWE



DANE PERSONALNE NIEPEŁNOLETNIEGO

IMIĘ		NAZWISKO	
DATA URODZENIA		MIEJSCE URODZENIA	
GRUPA KRWI		OBYWATELSTWO	
ADRES ZAMIESZKANIA			
ULICA		NR DOMU	NR MIESZKANIA
KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ	
ADRES E-MAIL		TELEFON	
ADRES DO KORESPONDENCJI JEŚLI JEST INNY NIŻ PODANY POWYŻEJ			
DANE OSOBY DO POWIADOMIENIA W RAZIE WYPADKU			
IMIĘ		NAZWISKO	
ADRES			
TELEFON			
ZGODA PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA SZKOLENIE SPADOCHRONOWE NIEPEŁNOLETNIEGO			
<i>Będąc /rodzicami / prawnymi opiekunami / jedynym rodzicem / jedynym prawnym opiekunem*. Wyrażamy / wyrażam* zgodę na szkolenie spadochronowe połączone z wykonywaniem skoków spadochronowych przez córkę / syna / wychowanka* :</i>			
..... <i>Imię i nazwisko niepełnoletniego</i>			
* - niepotrzebne skreślić			
OJCIEC / PRAWNY OPIEKUN *			
IMIĘ		NAZWISKO	
NR DOWODU			
DATA		PODPIS	
MATKA / PRAWNA OPIEKUNKA *			
IMIĘ		NAZWISKO	
NR DOWODU			
DATA		PODPIS	

.....
Miejscowość i data. Podpis i pieczęć osoby stwierdzającej własnoręczność podpisu