

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
FUNDACJA SPACE BASKETBALL CENTER



Imię i Nazwisko uczestnika	
Data urodzenia uczestnika	
Placówka edukacyjna uczestnika (pełna nazwa)	
Klasa/grupa	
Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego	
Numer telefonu do kontaktu	
Adres e-mail do kontaktu	
Adres zamieszkania	
Poziom umiejętności koszykarskich dziecka	☐ Początkujący ☐ Średnio zaawansowany ☐ Zaawansowany
Preferowana pozycja na boisku	☐ Rozgrywający ☐ Skrzydłowy ☐ Środkowy ☐ Jeszcze nie wiem
„Oświadczam, że moje dziecko, znajdujące się pod moją opieką prawną, nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach „Space Basketball Center.” Potwierdzenie braku przeciwwskazań: należy wpisać słowo „POTWIERDZAM”	
Choroby przewlekłe i stałe przyjmowane leki	
Ubezpieczenie dziecka (nazwa ubezpieczyciela i numer polisy)	

Ilość treningów w ciągu tygodnia	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Data rozpoczęcia zajęć	
Czy Twoje dziecko ma rodzeństwo już uczestniczące w zajęciach Fundacji Space Basketball Center? Jeśli tak, wpisz imię i nazwisko rodzeństwa.	
Informacje dodatkowe – np. alergie, informacje przydatne trenerowi	

.....

data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego/pełnoletniego uczestnika