



**PLAVECKÉ
CENTRUM
RADKA**

POTVRZENÍ LÉKAŘE PRO ČLENA RADKA Z.S.

členské číslo:

jméno a příjmení člena		datum narození	
jméno a příjmení zák. zástupce			
bydliště člena			
ulice		město	PSČ-
kontakty			
e-mail		telefon	

zdravotní stav potvrzení lékaře

* dítě je způsobilé navštěvovat kurzy plavání:

* dítě má zdravotní omezení:

razítko a podpis lékaře (povinné u dětí do 1 roku)

Při první návštěvě aktivity RADKA z. s. se seznámím s provozním řádem příslušného centra a budu ho respektovat. Řády jsou k dispozici na viditelném místě nebo u vedoucí aktivity. Souhlasím se zasíláním informačních e-mailů na výše uvedenou adresu. Souhlasím s případným zveřejňováním člena na ilustračních fotografiích v propagačních materiálech RADKA z. s.

Poskytované osobní údaje jsou zpracovány dle zák. č. 101/2000 Sb. pro účely evidence po dobu 10 let.

Datum:

Podpis: