

STOWARZYSZENIE STRZELECKO OBRONNE GUBIŃSKI KLUB SPORTOWY



66-620 Gubin ul. Piastowska 24A tel. 600210462 / 606476457
Nr Rachunku PKO B.P. 87 1020 5402 0000 0102 0338 2678

KRS 0000564475 NIP 9261673441 REGON 361849224
www.pionier.gubin.com.pl



Gubin, dnia

.....
(nazwisko i imiona rodziców)

.....
(adres zamieszkania)

ZEZWOLENIE

Wyrażam zgodę na udział mojej/mojego* córki/syna*
(imię i nazwisko)

w treningach sekcji strzeleckiej/taktyczno-obronnej* razy w tygodniu, w godzinach popołudniowych

Od miesiąca wyrażam zgodę na odpłatność za zajęcia treningowe w

wysokości 25(dwadzieścia pięć) zł miesięcznie.

.....
(data)

.....
(podpis rodziców/opiekuna prawnego)

OPINIA SZKOŁY

.....
(data)

.....
(podpis wychowawcy)

OŚWIADCZENIE ZAWODNIKA

Zapoznałem się z regulaminem strzelnicy oraz przepisami bezpieczeństwa i zasadami obchodzenia się z bronią sportową .

.....
(data)

.....
(podpis zawodnika)

* niepotrzebne skreślić