

NOGOMETNI KLUB „DESINIĆ“

PRISTUPNICA U ŠKOLU NOGOMETA

Prezime djeteta : _____

Ime djeteta : _____

Datum i god. rođenja : _____

Adresa stanovanja : _____

Br. Tel/mob/e-mail : _____

NAPOMENA (Molimo Vas da navedete pojedinosti vezane uz zdravlje vašeg djeteta s kojima bi Klub i treneri u trenažnom procesu morali biti upoznati , npr. alergije, teškoće s vidom, sluhom, astma, alergija na penicilin, srčane smetnje, dijabetes i sl.)

IZJAVA

Ovim putem ja roditelj _____ izjavljujem i mojim potpisom oslobađam NK "Desinić" i njegove članove, članove Kluba, službenike, djelatnike, trenere, ugovorne partnere, sponzore od bilo kakve odgovornosti za bilo kakav imovinski /neimovinski gubitak, ozljedu ili oštećenje pretrpljeno u svezi treniranja, dolazaka/odlazaka na trening i utakmice mojeg djeteta _____ koje sudjeluje u programu rada **škole nogometa** koji provodi NK "Desinić", te potvrđujem pristupanje djeteta u NK "Desinić".

Datum i potpis roditelja _____

NK "Desinić" obvezuje se da će profesionalno i savjesno obavljati trenažne procese sudionika programa, odabirom primjerenih kinezioloških sadržaja, a u skladu s dobi i motoričkim sposobnostima korisnika programa.