



ŚWIDNICZANKA

GMINNO LUDOWE TOWARZYSTWO SPORTOWE „ŚWIDNICZANKA”

ŚWIDNIK MAŁY 39, 20-258 LUBLIN
NIP: 713-293-23-13, REGON: 060137181

TEL.: +48 605 323 921
TEL.: +48 515 421 830

BANK PKO S.A. / NR KONTA: **PL91 1240 2454 1111 0010 8821 0451**
www.glts-swidniczanka.pl

Świdnik Mały, dn.:

WNIOSEK O CZASOWE ZAWIESZENIE W ZAJĘCIACH AKADEMII PIŁKARSKIEJ GLTS „ŚWIDNICZANKA”

Jako prawny opiekun:

DANE PERSONALNE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH (UCZESTNIKA KLUBU) ZAWODNIKA

IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
TELEFON	
E-MAIL	
IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
TELEFON	
E-MAIL	

zwracam się z prośbą o czasowe zawieszenie w zajęciach mojego dziecka (Uczestnika Klubu):

DANE PERSONALNE UCZESTNIKA KLUBU (ZAWODNIKA)

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA URODZENIA	
ADRES ZAMIESZKANIA	

w zajęciach sportowych organizowanych przez Klub w sekcji piłki nożnej prowadzonej przez:

DANE PERSONALNE TRENERA PROWADZĄCEGO

IMIĘ I NAZWISKO	
-----------------	--

Wniosek spowodowany jest (krótka informacja powodu czasowego zawieszenia uczestnictwa w zajęciach):

.....
.....

Jestem świadomy/ma, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku oraz zawieszenia uczestnictwa, o którym mowa w & 4 pkt. 3 Regulaminu GLTS „ŚWIDNICZANKA”, jestem zobowiązany/na uiszczać 50% opłaty podstawowej za zajęcia przez okres zawieszenia uczestnictwa.

W załączeniu przedkładam zaświadczenie lekarskie o chorobie zawierające zwolnienie z zajęć sportowych.

Zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97 roku o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. nr 133 poz. 883, z późniejszymi zmianami, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(data, czytelny podpis opiekuna prawnego osoby małoletniej)

Nr wpisu do ewidencji: 25
NIP: 7132932313
REGON: 060137181

tel.: +48 605 323 921
tel.: +48 515 421 830
kontakt@glts-swidniczanka.pl