



KARTA ZGŁOSZENIA

IMIĘ i NAZWISKO

DATA I MIEJSCE URODZENIA

NR PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

ADRES E-MAIL

TELEFON KOMÓRKOWY

Wyrażam akces przystąpienia do kursu samoobrony kobiet i oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na udział w zajęciach oraz posiadam ubezpieczenie zdrowotne.

Podpis /akceptacja/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb organizacji kursu.

Podpis /akceptacja