

# DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO ZAJĘĆ PROWADZONYCH PRZEZ WARSZAWSKI KLUB KENDO

Warszawa, dnia.....

Ja, niżej podpisany(a) .....  
wyrażam chęć uczestnictwa w zajęciach kendo organizowanych przez Warszawski Klub Kendo.

Zobowiązuje się do posiadania aktualnych badań lekarskich umożliwiających uczestnictwo w treningach, a także ubezpieczenia NNW.

.....  
*(własnoręczny podpis)*

\*podpis opiekuna prawnego (jeżeli przystępujący do zajęć jest osobą niepełnoletnią):  
.....

## Dane Osobowe:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Data urodzenia:

.....

3. Nr telefonu:

.....

4. Adres e-mail:

.....

- Skąd Pani/Pan posiada informacje o treningach w Warszawskim Klubie Kendo?

.....

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie Warszawski Klub Kendo, ul. Wylotowa 20C, 04-659 Warszawa. Z administratorem można skontaktować się mailowo (kontakt@kendo-warszawa.pl), telefonicznie (661-295-102) lub listownie (na adres siedziby).

Warszawski Klub Kendo przechowuje i wykorzystuje Państwa dane osobowe jedynie w ramach realizowania swoich celów i zadań oraz prowadzenia działalności statutowej.