



POLSKI ZWIĄZEK JU-JITSU

POLISH JU-JITSU ASSOCIATION

ポリッシュ法人協会

ul. Warszawska 6/112, 40-006 Katowice, POLAND

www.jujitsu.pl

Załącznik 1.

WNIOSEK

O PRYZNANIE LICENCJI DLA SZKOLENIOWCÓW JU-JITSU

- a) imię i nazwisko
- b) data i miejsce urodzenia
- c) numer PESEL
- d) ulica zamieszkania
- e) kod pocztowy
- f) Nr tel.
- g) Adres e-mail
- h) Miasto
- i) klub sportowy
- j) dołączyć zdjęcie w formie elektronicznej 200x300 pikseli lub fotografia

Zobowiązuję się do wykonywania przewidzianych w przepisach obowiązków oraz do przestrzegania warunków uprawiania jujitsu.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolności do czynności prawnych oraz korzystania z praw publicznych

Do wniosku dołączam:

1. Kopię dokumentu stwierdzającego posiadane kwalifikacje zawodowe trenera lub instruktora lub certyfikat szkoleniowca.
2. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania obowiązków trenera, wydanego przez lekarza uprawnionego do orzecznictwa sportowo-lekarskiego.
3. Oświadczenie dotyczące danych osobowych oraz wykorzystania wizerunku

(miejsce, data)

(podpis)

email: biuro@jujitsu.pl; office.poland@jujitsu.pl (for English)

tel./fax: +48 32 2530656; NIP 954-22-57-898; REGON 271972003; KRS: 0000176712

Bank: PKO BP S.A.: Account number: 08 1020 2313 0000 3102 0117 4465: BIC (Swift): BPKOPLPW