

PRISTOPNA IZJAVA

ČLANA

Ime in priimek _____ spol: Ž M

Datum in kraj rojstva _____

Stalno prebivališče _____

Telefon _____ e-mail _____

EMŠO _____ Davčna številka _____

Št. zdrav. kartice _____

S podpisom te pristopne izjave soglašam da:

- želim postati član Veslaškega kluba Ljubljana,
- v članstvo kluba vstopam prostovoljno,
- bom deloval v skladu s politiko in interesi kluba,
- bom spoštoval in upošteval določila Veslaškega kluba Ljubljana (Statut, etični kodeks, hišni red, sklepi Upravnega odbora in ostalih organov kluba)*

Podpis člana _____

*vsa določila so v papirni obliki članom dostopna v klubske pisarni.

Spodaj podpisani član oziroma zakoniti zastopnik

_____:

- soglašam, da so zgoraj navedeni podatki točni
- soglašam z uporabo, hrambo in posredovanjem podatkov s tega obrazca za potrebe Veslaškega kluba Ljubljana, Veslaške zveze Slovenije, Olimpijskega komiteja - Združenja športnih zvez, Ministrstva za šolstvo in šport, Zavoda za šport RS - Inštitut za šport, Športne zveze Ljubljana in drugih organizacij katerih član je neposredno ali posredno Veslaški klub Ljubljana oziroma s katerimi Veslaški klub Ljubljana sodeluje za potrebe izvajanja svoje dejavnosti ter pri prijavi na javne razpise
- dovoljujem fotografiranje in snemanje zgoraj navedenega člana ter uporabo pridobljenega foto / video gradiva za potrebe Veslaškega kluba Ljubljana in drugih organizacij katerih član je neposredno ali posredno Veslaški klub Ljubljana oziroma s katerimi Veslaški klub Ljubljana sodeluje za potrebe izvajanja svoje dejavnosti ali promocije.

Telefonska št. zakonitega zastopnika _____

El. naslov zakonitega zastopnika _____

Datum:

Podpis:

V P R A Š A L N I K

ZA ČLANA - TEKMOVALCA

Prosimo **VAS**, da odgovorite na zastavljena vprašanja in v kolikor ste na vprašanje odgovorili z DA prosimo, da pod rubriko PRIPOMBE bolezen ali poškodbo natančneje opišete.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Bolezni v družini ? (nagnjenost h krvavitvam, srčna smrt pred 50. letom, astma, sladkorna...) | DA | NE |
| 2. Ste preboleli kakšno resnejšo bolezen ? | DA | NE |
| 3. Ste utrpeli kakšno hujšo poškodbo ? | DA | NE |
| 4. Ste alergični na hrano, zdravila, pike, drugo ? | DA | NE |
| 5. Ste kdaj ob večjem fizičnem naporu začutili omotico ali omedleli, ste čutili bolečino v prsnem košu, ali vam je »preskakovalo« srce ? | DA | NE |
| 6. Ste kdaj imeli zvišan krvni pritisk ? | DA | NE |
| 7. Ali redno uživate kakšna zdravila ? | DA | NE |

PRIPOMBE:

-
-
-
-
-

Ime in priimek veslača _____

Podpis

Starši ali zakoniti zastopniki _____

Podpis

Kraj in datum:

I Z J A V A

O ZNANJU PLAVANJA ČLANA - TEKMOVALCA

IZJAVLJAM,

- **da znam plavati in se lahko udeležujem treningov in tekmovanj veslanja na vodi.**

Ime in priimek _____

Datum in kraj rojstva _____

Stalno prebivališče _____

Telefon _____

Podpis _____

Starši ali zakoniti zastopniki _____

Podpis _____

Kraj in datum _____