



**WORLD OSHU-KAI DENTO OKINAWA SHORIN-RYU
KARATEDO KOBUDO FEDERATION
Czech Republic**



ČESKÁ FEDERACE OKINAWA KARATE A KOBUDO

PŘIHLÁŠKA ČLENA ČFOKK (WOF CZE)

Příjmení:		Jméno:	
Rodné číslo:		Datum narození:	
Ulice a č.p.:			
Město:		PSČ:	
Telefon:	E-mail:		
Zaměstnání:			
DOJO (oddíl, klub):			
Začátek cvičení:		Datum registrace:	
Předchozí zkušenosti z bojových umění:			

Svým podpisem dávám v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ČESKÉ FEDERACI OKINAWA KARATE A KOBUDO, z.s., souhlas ke shromažďování, uchování a zpracování mých osobních údajů uvedených v této Přihlášce, a to pro účely členství v ČFOKK provozující výuku a výcvik Karate a Kobudo, případně pro účely s tím související. Tento souhlas platí na dobu neurčitou, až do jeho písemného odvolání. Dále potvrzuji, že jsem měl(a) možnost se informovat o všech právech vyplývajících ze zákona č. 101/2000 Sb. a seznámit se se stanovami a všemi vnitřními předpisy ČFOKK. Čestně prohlašuji, že se jimi budu řídit a jednat v jejich souladu, a stejně tak nebudu zneužívat jak symbolů WOF Karate a Kobudo, tak i znalostí a dovedností získaných při tréninku bojového umění v neprospěch ČFOKK a WOF.

_____ datum

_____ podpis člena (zákonného zástupce u nezletilých)

Lékařské potvrzení

Potvrzuji, že výše jmenovaná osoba **je / není** ze zdravotního hlediska schopna aktivně cvičit bojová umění.
Popis zdravotních omezení:

_____ datum

_____ razítko a podpis lékaře