



合  
氣  
道



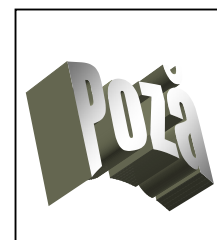
合  
氣  
道

## CERERE DE ÎNSCRIERE

Nr. înregistrare: \_\_\_\_\_

Data înscrierii: \_\_\_\_\_

(numărul și data înscrierii vor fi completate de reprezentanții clubului)



Subsemnatul \_\_\_\_\_ născut la  
data de \_\_\_\_\_ în \_\_\_\_\_,  
domiciliat în (adresa completă) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
posesor al actului de identitate seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat  
de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, doresc să  
practic Aikido în cadrul Clubului Yoshinkan Aikido. În acest sens mă oblig să  
respect prevederile normelor interne ale Clubului și F.R.A.Y., precum și toate  
reglementările legale privind practicarea artelor marțiale în România.

Mă oblig să nu folosesc tehnicile de luptă însușite la antrenamente decât  
în caz de legitimă apărare, demonstrabilă legal.

De asemenea, mă oblig să respect cu strictețe indicațiile instructorilor și  
îmi asum întreaga răspundere în caz de accidentare.

Motive pentru care doresc să practic Aikido: \_\_\_\_\_

Federația Română de Aikido Yoshinkan (F.R.A.Y.)

Str. Băbești, Nr. 3, Sector 6, București

Stare civilă: \_\_\_\_\_

.....

Telefon fix: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

.....

Ocupație / Specializare: \_\_\_\_\_

(*elev, student / economist, inginer etc.*)

.....

Alte arte marțiale practicate:  *Nu am mai practicat arte marțiale.*

NR.	STILUL	PERIOADA DE PRACTICĂ	ULTIMUL GRAD OBTINUT	DECERNAT DE CĂTRE

.....

Pasiuni: \_\_\_\_\_

.....

Starea sănătății: \_\_\_\_\_

(*medicul va scrie „Apt efort fizic” și va parafa, sau se va anexa adeverința medicală*)

De asemenea, declar pe propria mea răspundere că nu sufăr de boli psihice, boli de inimă, ale sistemului nervos sau de alte afecțiuni care implică riscuri pentru sănătate în cazul depunerii de efort fizic susținut. Încălcarea acestui angajament exonerează atât Clubul Yoshinkan Aikido, cât și Federația Română de Aikido Yoshinkan (F.R.A.Y.) de orice responsabilitate.

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura de accept: \_\_\_\_\_