

合  
氣  
道



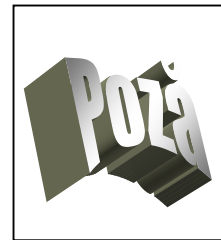
合  
氣  
道

## CERERE DE ÎNSCRIERE

Nr. înregistrare: \_\_\_\_\_

Data înscrierii: \_\_\_\_\_

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



Subsemnatul \_\_\_\_\_

domiciliat în (adresa completă) \_\_\_\_\_

posesor al actului de identitate seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat  
de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, doresc să

îl înscriu pe copilul meu \_\_\_\_\_,

CNP \_\_\_\_\_, născut în \_\_\_\_\_,

la cursurile de Aikido din cadrul Clubului Yoshinkan Aikido – București.

În acest sens, cursantul se obligă să respecte prevederile normelor interne ale Clubului și F.R.A.Y., precum și toate reglementările legale privind practicarea artelor marțiale în România. El nu va folosi tehnicile de luptă însușite la antrenamente decât în caz de legitimă apărare, demonstrabilă legal.

De asemenea, el se obligă să respecte cu strictețe indicațiile instructorilor, în caz de accidentare asumându-și întreaga răspundere.

Motive pentru care dorește să practice Aikido: \_\_\_\_\_

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

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

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

.....

Copilul meu este elev în cadrul: \_\_\_\_\_

(numele instituției de învățământ)

.....

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: \_\_\_\_\_