



**Hvězda Pardubice z.s.**

Čs. Armády 2515  
530 02 Pardubice

## PŘIHLÁŠKA DO ATLETICKÉHO ODDÍLU

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Adresa bydliště: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Potvrzení o zdravotní způsobilosti: \_\_\_\_\_ Ze dne: \_\_\_\_\_

Somatické parametry: výška: \_\_\_\_\_ váha: \_\_\_\_\_

Český atletický svaz dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 391/2013 o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu požaduje vstupní sportovní prohlídku se standardním klidovým EKG, která nesmí být starší 3 měsíce (platí pro ročníky 2007 a starší).

Dítě zařazené do tréninkové skupiny absolvuje nejméně 4 závody dle věkové kategorie - **přípravka 4 starty, mladší žactvo 6 startů + víceboj a starší žactvo 10 startů.**

**Roční členské příspěvky 2018/2019: Ročník 2004 a mladší – 3 000,- Kč**

**Ročník 2003 a starší – 2 000,- Kč**

**Platba proběhne u zápisu do oddílu.**

Svým podpisem souhlasím se zařazením do sportovního střediska a povinnostmi, které z tohoto zařazení vyplívají. Zároveň souhlasím s použitím výše uvedených osobních údajů, dalších naměřených hodnot z měření, testů či výsledků závodů, digitálních záznamů pořízených na atletických soutěžích a atletických akcích po dobu členství dítěte v atletickém oddíle.

Podpisem potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s mými povinnostmi.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis zák. zástupce: \_\_\_\_\_

Tel., fax: 466 304 881  
E-mail: [hvezda-pardubice@seznam.cz](mailto:hvezda-pardubice@seznam.cz)  
[www.hvezda-pardubice.cz](http://www.hvezda-pardubice.cz)

IČO: 266 50 193 DIČ: CZ 26 50 193  
Bankovní spojení: ČSOB, a.s. Pardubice  
Číslo účtu: 189185968/0300