

# Wniosek o wydanie licencji ZAWODNICZEJ

FOTO

Nr licencji

| <b>RODZAJ LICENCJI</b>    | <b>AMATOR</b> | <b>PROFI</b> |
|---------------------------|---------------|--------------|
| <b>IMIĘ</b>               |               |              |
| <b>NAZWISKO</b>           |               |              |
| <b>DATA URODZENIA</b>     |               |              |
| <b>ADRES</b>              |               |              |
| <b>TELEFON KONTAKTOWY</b> |               |              |
| <b>E-MAIL</b>             |               |              |
| <b>KLUB CZŁONKOWSKI</b>   |               |              |
| <b>TRENER</b>             |               |              |

**STOPIEŃ WYSZKOLENIA**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O  
BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO  
UPRAWIANIA KICKBOXINGU**

Zobowiązuje się do przestrzegania statutu i regulaminów Polskiego Związku Kickboxingu oraz międzynarodowych organizacji sportowych w których jest zrzeszony oraz do podporządkowania się postanowieniom komisji dyscyplinarnej. Potwierdzam, iż wszystkie dane we wniosku są prawdziwe  
podpis zawodnika

Wyrażam zgodę na kwalifikowane uprawianie sportu przez córkę/syna i udział w zawodach sportowych  
podpis prawnego opiekuna