|  |
| --- |
| **Přihláška Bike kroužek 1/2**Lokace: …………………. |
| Jméno a příjmení dítěte: ........................................................................ Datum narození: .......................... Rodné číslo: .................................... Adresa bydliště: .....................................................................................  |
| Jméno a příjmení rodiče: ....................................................................... Telefon: .......................................... Email: .......................................... Osobní údaje mého dítěte slouží pouze k potřebám pořadatele. Souhlasím, že veškeré obrazové a zvukové záznamy (včetně mého dítěte) může pořadatel zveřejnit na webu, FB stránkách, použít pro prezentační materiály a k dalším potřebám pro rozvoj bike školy.Instruktoři neručí za případné ztráty věcí během akce.  |

**Přihláška Bike kroužek 2/2**

Řádně jsme se seznámili s náplní bike kroužku a jsem si vědom/á, že mé dítě bude jezdit a trénovat techniku jízdy na horském kole v terénu na oficiálních i neoficiálních stezkách a dalších místech určené i neurčené pro jízdu na kole. Bereme na vědomí, že při vykonávání a tréninku rizikového sportu jízdy na horském kole se může dítě zranit.

Prohlašuji, že mé dítě má řádně padnoucí cyklistickou přilbu s certifikací, rukavice, chrániče na kolena a dalších bezpečnostní prvky pro jízdu na kole.

Prohlašuji, že dítě bylo seznámeno s pravidly, bezpečností při přesunech, tréninku na kole a jiných aktivitách. Dále jsme si vědomi toho, že akce se může zúčastnit pouze účastník, jehož zdravotní stav není touto akcí a její náročností ohrožen a který nemůže zdravotně ohrozit ostatní účastníky. Souhlasíme a řádně jsme si přečetli všeobecné podmínky, které jsou dostupné na webových stránkách www.bikekurzy.cz

Upozorňujeme na tyto zdravotní problémy mého dítěte, na které je třeba brát zvláštní zřetel (astma, alergie, diabetes)……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dále souhlasíme, aby účastník (nezletilé dítě) měl u sebe pro případ ošetření ve zdravotnickém zařízení kartičku zdravotní pojišťovny (popřípadě kopii kartičky).

Oba zákonní zástupci dítěte souhlasí s případným poskytnutím zdravotních služeb podle zákona č.372/2011 Sb. O

zdravotních službách.

Datum: ............................. Podpis zákonného zástupce: ............................