

Ł.K.S. Łódź S.A.

Al. Unii Lubelskiej 2

Tel: 42 661 19 08

E – mail: lks@lkslodz.pl, www.lkslodz.pl**Karta zawodnika testowanego**

(proszę wypełnić wszystkie rubryki)

Dane osobowe			
Imię	Data urodzenia:		
Nazwisko	PESEL: (do ubezpieczenia)		
Adres/ulica	Kod pocztowy/miejscowość		
Nr telefonu	E – mail		
Rodzic/opiekun:		Osoba do kontaktu z klubu macierzystego:	
Telefon:		Telefon klubu macierzystego:	
E-mail:		E-mail klubu:	
Wzrost	Masa ciała	Noga dominująca	Status zawodnika A – amator, K - kontraktowy
Informacje sportowe			
Klub-nazwa	Drużyna	Trener	
Klasa rozgrywkowa	Pozycja na boisku	Telefon do trenera	
Dotychczasowe kluby	1	2	3
Staż treningowy (w powyższym klubie)	1	2	3
Dotychczasowe drużyny	1	2	3
Dotychczasowe urazy/operacje	1	2	3
Gdzie były leczone urazy/operacje (data)			
Zgoda klubu na udział w testach (podpis i pieczętka jest równoznaczna z wyrażeniem zgody)		Zgoda rodziców/podpis (w przypadku zawodnika nieletniego) – oświadczam iż syn jest objęty ubezpieczeniem NNW i posiada aktualne badanie lekarskie uprawniające do gry. Oświadczam iż nie będę miał roszczeń wobec klubu ŁKS Łódź S.A. w przypadku doznania urazu zawodnika w trakcie testów. Zawodnik bierze udział w testach na moją odpowiedzialność.	