

Ł.K.S. Łódź S.A.

Al. Unii Lubelskiej 2

Tel: 42 661 19 08

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

Klasa rozgrywkowa

Dane osobowe

| | |
|------------------------|--|
| Imię i nazwisko | Data urodzenia/PESEL (do ubezpieczenia) |
| Adres/ulica | Kod pocztowy/miejscowość |
| Nr telefonu | E - mail |

ZDJĘCIE

| | | | |
|--|-------------------|---|--|
| Osoba kontaktowa (rodzic/opiekun) | | Szkoła | |
| Telefon do klubu macierzystego | | Status zawodnika A – amator, K - kontraktowy | |
| Wzrost | Masa ciała | Noga dominująca | |

Informacje sportowe

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|----------|
| Klub | 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 |
| Staż treningowy (w powyższej drużynie) | 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 / Zawodnik na czas testów objęty będzie ubezpieczeniem zbiorowym)

Zgoda rodziców (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. Udział w testach został uzgodniony z klubem macierzystym co potwierdzamy pieczętką/podpisem obok.