

## Self Protection Team TAGFELVÉTELI KÉRELEM /Próbaidős nyilatkozat/

Név: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Születési hely: \_\_\_\_\_

Születési idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Mobil elérhetőség: \_\_\_\_\_

**Self Protection Team** Általános **Szerződési Feltételeit** megismertem, megértettem és elfogadom! **ÁSZF** megtekintése: [aikidobekescsaba.hu/dokumentumtar.php](http://aikidobekescsaba.hu/dokumentumtar.php)

Tudomásul veszem, hogy 18 éves korig 90 nap próbaidőt kötünk ki.

Taggá válás feltétele a weboldalunkon történő regisztráció, megfelelő dokumentumok letöltése, kitöltése, aláírása, szkennelése, fotózása és visszatöltése a személyes profilba, illetve az ott bekért adatok kizárólag a webtárhelyen való tárolásához hozzájárulok!

Vállalom, hogy a kitöltött tagfelvételi kérelmet az első edzésen való részvételt követően pdf formátumban 5 naptári napon belül feltöltöm [aikidobekescsaba.hu/profil.php](http://aikidobekescsaba.hu/profil.php) / személyi anyagok feltöltése menüpontban.

**Egyben kérem a gondviseltem / gyermekem tagnyilvántartásba vételét.**

Alulírott tanúk kijelentik, hogy kérelmező a fenti nyilatkozatot előttünk a mai napon aláírta.

**Tanú 1**

**Tanú 2**

Név: \_\_\_\_\_

Név: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**kérelmet benyújtó gondviselő / szülő aláírása**