

PŘIHLÁŠKA NA VZDĚLÁVACÍ KURZ ČAC

| | | |
|---|-------------------------|----|
| PŘIHLÁŠKA NA VZDĚLÁVACÍ KURZ ČAC | WWW.CANYONING.CZ | |
| PŘIHLAŠUJI SE NA STUPEŇ KURZU ČAC: | | |
| TERMÍN KURZU: | | |
| JMÉNO A PŘIJMENÍ: | | |
| KONTAKTNÍ ADRESA (POŠTOVNÍ): | | |
| DATUM NAROZENÍ: | | |
| EMAIL: | | |
| KONTAKTNÍ TELEFON: | | |
| ČÍSLO ČLENSKÉHO PRŮKAZU ČAC: | | |
| ČÍSLO PRŮKAZU TOTOŽNOSTI: | | |
| DRUH CESTOVNÍHO DOKLADU: | | |
| JMÉNO A PŘIJMENÍ KONTAKTNÍ OSOBY: | | |
| TEL.KONTAKT NA UVEDENOU OSOBU: | | |
| EMAIL KONTAKTNÍ OSOBY: | | |
| ČÍSLO POJISTKY: | | |
| DALŠÍ INFORMACE: | WWW.CANYONING.CZ | |
| ZKUŠENOSTI S CANYONINGEM? | ANO | NE |
| ZKUŠENOSTI S JINÝMI OUTDOOROVÝMI SPORTY? | | |
| NA JAKÉ ÚROVNI? | | |
| ZKUŠENOSTI SE SLAŇOVÁNÍM? | ANO | NE |
| VLASTNÍTE JINÁ OPRÁVNĚNÍ, OSVĚDČENÍ? | ANO | NE |
| JAKÉHO TYPU? | | |
| VÝZBROJ A VÝSTROJ NA KURZ MÁM VLASTNÍ: | ANO | NE |
| ZDRAVOTNÍ ČÁST: | WWW.CANYONING.CZ | |
| POTVRZENÍ OD LÉKAŘE NE STARŠÍ NEŽ 3MĚS: | ANO | NE |
| PROBLÉMY POHYBOVÉHO APARÁTU: | ANO | NE |
| KARDIOVASKULÁRNÍ PROBLÉMY: | ANO | NE |
| EPILEPSIE: | ANO | NE |
| ALERGIE: | ANO | NE |
| ZÁVRATĚ Z VÝŠEK: | ANO | NE |
| CUKROVKA: | ANO | NE |
| JINÉ ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY: | | |
| MÍSTO PRO DALŠÍ SDĚLENÍ: | | |
| OSTATNÍ: | WWW.CANYONING.CZ | |
| VYPLNĚNÍM PŘIHLÁŠKY POTVRZUJI PRAVDIVOST ÚDAJŮ A STVRZUJI PODPISEM: | | |