



# ВОЛИНСЬКА ОБЛАСНА ФЕДЕРАЦІЯ КІОКУШИНКАЙ КАРАТЕ

УКРАЇНА, 43000, м. ЛУЦЬК, вул. ЕЛЕКТРОПАРАТНА 2В, тел. +380676720907



## 極真会

Президенту ВОФКК

Москвичу В.В.

Жителя міста /села/ \_\_\_\_\_

адреса \_\_\_\_\_

моб.тел. \_\_\_\_\_

П.І.П. батька \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА

Ми, що підписались нижче батьки /опікуни/

*/прізвище, ім'я, по батькові неповнолітнього учасника/*

усвідомлюємо і підтверджуємо, що дозволяємо нашому сину /дочці/ взяти участь у навчально-тренувальних заняттях з карате кіокушинкай, які відбуватимуться у термін з 01.01.2024р. по 31.12.2025 р., у спортивній секції Волинської Обласної Федерації Кіокушинкай Карате, надалі-ВОФКК, за адресою м.Луцьк, вул.Писаревського 1А, а також участь нашого сина /дочки/ у спортивних змаганнях та атестаційних семінарах з карате кіокушинкай у вище вказаний термін. Ми підтверджуємо, що ми ознайомлені з правилами поведінки на тренуваннях. Ми розуміємо і визнаємо, що тренери та інструктори ВОФКК на протязі усього терміну навчально-тренувальних занять з 01.09.2022р. по 31.12.2025р. включно, не забезпечують учасників навчально-тренувальних занять, змагань та атестаційних семінарів медичною страховкою, у зв'язку з чим заявляємо, що особисто придбаємо для нашого сина /нашої доньки/ поліс добровільного страхування, що покриває лікування травм та нещасних випадків при занятті видом спорту - карате кіокушинкай на час участі в навчально- тренувальних заняттях ВОФКК, участі у змаганнях та атестаційних семінарах. Усвідомлюємо про участь нашої дитини в контактному виді спорту – карате кіокушинкай, та у випадку отримання ним/ нею/ травм, забоїв, тілесних ушкоджень, або іншого, не будемо мати претензій до тренерів та адміністрації ВОФКК.

Батько : \_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_

Дата : “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2024р.

Мати : \_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_

Дата : “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2024р.