

**P Ř I H L Á Š K A**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Jméno:*** | ***Příjmení:*** | ***Datum narození:*** |
|  |  |  |
| ***Trvalé bydliště:*** | ***Telefonický kontakt:*** | ***Služební zařazení:*** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Policista(X):** |  | **Obč. zaměst.(X):** |  | **OEČ:** |  | **Email:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Váhová kategorie:** | **Aktivní sportovní disciplína:**  **(box, MMA, K1, Kickbox apod.)** | | **Klubová příslušnost:** | | **Počet zápasů:**  **(nastoupených)** |  |
|  |  | |  | |  |  |
| **Registrovaný sportovec:** | | ANO / NE | **Svaz:** |  | |

**“Svým níže uvedeným podpisem účastníka stvrzuji správnost uvedených údajů, jsem si plně vědom všech možných zdravotních následků spojených s provozováním boxu, za něž nenese odpovědnost organizátor a start na turnaji je na mé vlastní riziko.”**

**…………………………………………**

*[datum a podpis účastníka]*

*ČÁST PRO ZÁZNAMY ORGANIZÁTORA:* **VÁHA ÚČASTNÍKA *[……………]***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STARTOVNÉ UHRAZENO: | ANO / NE | DATUM: |  |

**LÉKAŘ: ŘEDITEL MISTROVSTVÍ:**

*[razítko a podpis]* *[datum a podpis]*