



**WORLD OSHU-KAI DENTO OKINAWA SHORIN-RYU  
KARATEDO KOBUDO FEDERATION  
Czech Republic**

**ČESKÁ FEDERACE OKINAWA KARATE A KOBUDO**

**PŘIHLÁŠKA ČLENA ČFOKK (WOF CZE)**

Příjmení:	Jméno:
Rodné číslo:	Datum narození:
Ulice a č.p.:	
Město:	
Email:	Telefon:
Zaměstnání:	
DOJO (oddíl, klub):	
Začátek cvičení:	Datum registrace:
Předchozí zkušenosti z bojových umění:	

Svým podpisem dávám v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ČESKÉ FEDERACI OKINAWA KARATE A KOBUDO, z.s., souhlas ke shromažďování, uchovávání a zpracování mých osobních údajů uvedených v této Přihlášce, a to pro účely členství v ČFOKK provozující výuku a výcvik Karate a Kobudo, případně pro účely s tím související. Tento souhlas platí na dobu neurčitou, až do jeho písemného odvolání. Dále potvrzuji, že jsem měl(a) možnost se informovat o všech právech vyplývajících ze zákona č. 101/2000 Sb. a seznámit se se stanovami a všemi vnitřními předpisy ČFOKK. Čestně prohlašuji, že se jimi budu řídit a jednat v jejich souladu, a stejně tak nebudu zneužívat jak symbolů WOF Karate a Kobudo, tak i znalostí a dovedností získaných při tréninku bojového umění v neprospěch ČFOKK a WOF.

\_\_\_\_\_ datum

\_\_\_\_\_ podpis člena (zákonného zástupce u nezletilých)

**Lékařské potvrzení**

Potvrzuji, že výše jmenovaná osoba **je / není** ze zdravotního hlediska schopna aktivně cvičit bojová umění. Příp. popis zdravotních omezení:

\_\_\_\_\_ datum

\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře