

Zaświadczenie lekarskie

Zaświadczam, że stan zdrowia

jest dobry i w związku z tym nie istnieją przeciwwskazania do uprawiania turystyki górskiej oraz uczestnictwa w szkoleniu na Kursie Przewodników Górskich.

Data

Podpis i pieczęć lekarza

..... KURS PRZEWODNIKÓW GÓRSKICH SKG



Studencki Klub Górski

ul. Krakowskie Przedmieście 24/26, pok. 210
(Budynek Samorządu Studentów UW
na Małym Dziedzińcu)
00-927 WARSZAWA

Spotkania we środy w godz. 18.00-20.00

e-mail: skg@uw.edu.pl

www: <http://www.skg.uw.edu.pl>

Dane personalne

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

.

Nr i seria dowodu osobistego

Nr i seria paszportu

Adres zamieszkania

Adres zameldowania

Telefon komórkowy
.....domowy.....

E-mail:

Chcę otrzymywać informacje o klubie na ten adres e-mail
(ogłoszenia, slajdowiska, imprezy itp.)**Tak / Nie**Chcę otrzymywać informacje o Kursie na ten adres e-mail
(ogłoszenia, informacje kursowe, imprezy itp.)**Tak / Nie**

Uczelnia

Kierunek i rok

Zawód

Ankieta kursanta Kursu Przewodników Górskich SKG

Od ilu lat chodzisz po górach?

W jakich górach byłeś/byłaś?

.....

.....

Posiadane uprawnienia (związane z turystyką).....

.....

Czego oczekujesz po Kursie Przewodników?

1.

2.

3.

W jaki sposób dowiedziałeś/aś się o kursie?

plakat / slajdy / Internet / znajomi / wyjazd klubowy /

Oświadczam, że mam ukończony 18 rok życia i wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie danych SKG z siedzibą w Warszawie, 00-927 Warszawa, Krakowskie Przedmieście 24/26 oraz ich przetwarzanie zgodnie z treścią ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz 883).

Data i Podpis