

Број листа _____

СПОРТСКО РЕКРЕАТИВНО УДРУЖЕЊЕ "MOTION"

ПРИСТУПНИЦА

Име, име оца и презиме члана	
Датум и година рођења	
Држављанство	
Број личног документа (За малолетна лица, број личне карте родитеља/ старатеља)	
Адреса становања	
Број телефона члана	

Молим Вас, да ме примите у чланство СПОРТСКО РЕКРЕАТИВНОГ УДРУЖЕЊА "MOTION". Својом вољом изјављујем да сам изабрао/ла спортско удружење којем приступам као и да прихватам Статут спортског удружења и акта донета на основу њега.

Лице овлашћено за заступање

Потпис члана

(МП)

Датум

Потпис родитеља/старатеља

(за лица млађа од 14 година) *

*за лице млађа од 14 година, обавезан потпис родитеља/старатеља

ПРАВИЛНИК

- Сваки члан је дужан да редовно долази на тренинг (10 мин. пре почетка).
- Сваки члан је дужан да редовно, без обзира на редовност доласка на тренинге, плаћа месечну чланарину.
- Висина чланарине утврђује се одлуком Управног одбора са којом ће чланови бити благовремено упознати.
- Сви чланови имају обавезу да изврше лекарски преглед у складу са Законом о спорту.
- Чланови имају обавезу да се осигурају у складу са Законом о спорту од евентуалних повреда, у супротном вежбају на сопствену одговорност.
- Чланство престаје: на лични захтев, искључењем као и престанком рада Спортског удружења.
- Својим потписом члан СПОРТСКО РЕКРЕАТИВНОГ УДРУЖЕЊА "MOTION" потврђује да се садржајима спортског удружења користи на властиту одговорност, да са здравственог аспекта не постоје препреке за бављење одабраним програмом, да је свестан да бављење спортом, односно укључивање у програме овог спортског удружења може довести до повреде, да сам сноси одговорност за било какву задобивену повреду приликом вежбања у спортском удружењу, односно да је искључена одговорност спортског удружења за сваку повреду насталу деловањем ризичних фактора, осим ако је повреда узрокована нестручним понашањем запослених-ангажованих или именованих лица у спортском удружењу.
- Добровољно изјављујем и својим потписом потврђујем да сам пре доласка на тренинге обавио/ла лекарски преглед и да ми је доктор медицине, потврдио/ла да сам здравствено способан/способна за обављање спортских активности, као и да сам донео/ла на увид спортском удружењу потврду да сам способан/способна за обављање спортских активности. Уз сагласност доктора да могу практиковати спортске вежбе, као и да сада не болујем од других хроничних обољења, потврђујем да ћу се држати упутстава стручних лица у спортском удружењу и све вежбе изводити у границама пријатности.
- Такође сам сагласан да СПОРТСКО РЕКРЕАТИВНО УДРУЖЕЊЕ "MOTION" користи прикупљене податке, фотографије и видео снимке спортских активности у некомерцијалне сврхе ради промоције спорта као рекреативног и здравог начина живота.

Својеручни потпис

За малолетна лица - потпис
родитеља/старатеља