



Pristupnica za sudjelovanje u kajak aktivnostima na jezeru Jarun

Ime i prezime: _____

Ime jednog roditelja: _____

Adresa polaznika: _____

Datum rođenja: _____

OIB: _____

Broj telefona roditelja: _____

Potpis roditelja: _____

Svojim potpisom dajem pristanak da moj-a sin/kći pohađa program Škole kajaka i kanua te da zna plivati. Posebni zahtjevi Organizatoru (uzimanje lijekova, alergije i slično):

Kontakt:

Filip Bolčević, magistar kineziologije i trener Kajakaškog saveza Zagreba

trener@kajak-zagreb.com 099/233-5799

Kajakaški savez Zagreba Savska cesta 193 10000 Zagreb

email: ured@kajak-zagreb.com tel: 01/3831 920