KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| --- | --- |
| PESEL |  |
| ADRES |  |
| EMAIL |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| WZROST |  |
| WAGA |  |

ZGŁASZAM UCZESTNICTWO W KURSIE W DNIACH……………………………

| I Etap | Loty zapoznawcze | TAK/NIE |
| --- | --- | --- |
| II Etap | Do egzaminu na pilota | TAK/NIE |

DODATKOWE UWAGI:..................................................................................................................

DEKLARACJA UCZESTNIKA

Nie choruję na epilepsję, choroby serca, choroby psychiczne.

Nie mam innych przeciwwskazań zdrowotnych do odbycia kursu paralotniowego.

Podczas kursu będę bezwzględnie stosował się do poleceń instruktora.

Jestem osobą pełnoletnią/Jestem osobą niepełnoletnią - mój prawny opiekun potwierdzi zgodę na kurs pierwszego dnia kursu.

Do zgłoszenia prosimy dołączyć potwierdzenie przelewu zadatku w wysokości 500 zł na konto:

ARAgliding.pl

nr konta: 17 1160 2202 0000 0004 9100 5962

Wypełniony kwestionariusz prosimy odesłać na adres: kontakt@aragliding.pl