



# SATORI DOJO BELGIUM

V.Z.W.

## AANSLUITFORMULIER

Dit formulier is enkel geldig wanneer alle gegevens juist vermeld werden, ondertekend en vergezeld zijn van een medisch attest.

**Naam:** ..... **Email:** .....

**Voornaam:** ..... **Geb. Dat:** .... / .... / ....

**Straat:** ..... **Nr.:** .....

**Postnummer:** ..... **Woonplaats:** .....

**Tel. Nr.:** ..... / .... .....

**Geslacht:** M / V

Ondergetekende, of zijn of haar voogd, verklaart hierbij kennis te hebben genomen van alle onderrichtingen betreffende het lidmaatschap van de v.z.w. Satori.

1. Bij iedere wijziging in zijn of haar persoonlijke gegevens dient hij / zij de clubverantwoordelijke onmiddellijk in te lichten, liefst schriftelijk.
2. Iedere wijziging in zijn of haar medische toestand dient onverwijld met een medisch attest te worden gestaafd.
3. Inzake de verzekering verklaart de ondergetekende kennis te hebben genomen van de polisvoorwaarden.
4. Ondergetekende verklaart hierbij aan alle gestelde eisen te voldoen om onbelemmerd aan al de activiteiten van de club te kunnen deelnemen.
5. Ondergetekende verklaart niets te ondernemen dat schade kan toebrengen aan de v.z.w. Satori, of de Jujutsu in het algemeen.
6. Ondergetekende verklaart hierbij een kopie van het huishoudelijk reglement te hebben ontvangen.
7. Ondergetekende verklaart hierbij een toestemming formulier voor gebruik van persoonlijke gegevens te hebben ontvangen

**OPGEMAAKT TE :** ..... **OP DATUM :** .....

*De handtekening dient te worden voorafgegaan met de vermelding " Gelezen en goedgekeurd ".  
Voor -18 jarigen is de handtekening van één van de ouders of voogd vereist.*

**HANDTEKENING:** ..... **NAAM:** (Van de ouder of voogd.)  
.....

In te vullen door de Club verantwoordelijke:  
**Datum ontvangst:** .... / .... / .... **Medisch attest:** JA / NEEN **Naam ontvanger:** .....