**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE**  |
|  |  |
| *Nazwisko* | *Imię / imiona* |
|  |  |  |
| *PESEL* | *Data urodzenia* | *Miejsce urodzenia* |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
|  |  |  |
| Ulica | *nr domu* | *nr lokalu* |
|  |  |  |  |
| Kod pocztowy | Miejscowość | *Województwo* | *Powiat* |

|  |
| --- |
| **DANE KONTAKTOWE** |
|  | **-** |  |
| Nr telefonu | *E-mail* | *Osoba do kontaktu/Nr tel. (dot. os. niepełnoletnich)* |

|  |
| --- |
| **DANE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
|  |  |
| *Stopień niepełnosprawności / grupa inwalidzka* | *Rodzaj niepełnosprawności* |
|  | na stałe |  | na okres | od **.................** do **…………………** |  |
| *Ważność orzeczenia* | *Nr orzeczenia* |

|  |
| --- |
| **ZAINTERESOWANIA / UPRAWIANA DYSCYPLINA SPORTU I/LUB REKREACJI RUCHOWEJ** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE W POCZET CZŁONKÓW KLUBU „IKAR”**  |
| **Oświadczam,** że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy. |
| **Oświadczam,** że zapoznałem/am się ze Statutem Klubu „IKAR” i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz regularnego opłacania składek członkowskich. |
| **Oświadczam,** że wyrażamzgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanychz działalnością statutową Klubu „IKAR”, a także wprowadzanie ich do systemów informatycznych zgodnie z ustawą dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000.).Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. |
| **Oświadczam,** że równocześnie nie jestem/jestem\* członkiem innego Klubu zrzeszonego w Stowarzyszeniu CROSS w Warszawie. |

**Lublin,**

...................................... .............................................................................

*Miejscowość i data podpis Kandydata/opiekuna prawnego\**

**Ja niżej podpisany proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Integracyjnego Klubu Aktywnej Rehabilitacji i Sportu Niewidomych „IKAR” w Lublinie.**

**Lublin,**

...................................... .............................................................................

*Miejscowość i data podpis Kandydata/opiekuna prawnego\**

|  |
| --- |
| **DECYZJA O PRZYJĘCIU W POCZET CZŁONKÓW KLUBU „IKAR”**  |
|  | **POZYTYWNA** |  | **NEGATYWNA** |
| **Uchwała Rady Klubu „IKAR”**  |
|  |  |  |
| *Data* | *Nr Uchwały* | *Pieczątka i podpis Członka Rady Klubu* |

|  |
| --- |
| **USTANIE CZŁONKOSTWA W KLUBIE „IKAR”**  |
|  |  |
| *Data* | *Przyczyna ustania członkowstwa* |