HRVATSKI AKADEMSKI PLIVAČKI KLUB
MLADOST

U Zagrebu, _____2020.g.

SUGLASNOST

Ja, _____, otac / majka / skrbnik,
(upišite vaše ime i prezime) (prekrižite nepotrebno)

dajem suglasnost da moje dijete _____,
(upišite ime i prezime djeteta)

član **Hrvatskog akademskog plivačkog kluba Mladost**, može pohađati treninge na bazenu PVC Mladost, Jarunska 1.

Također, svojim potpisom potvrđujem da sam u cjelini upoznat/upoznata sa *Preporukama za rad bazenskih kupališta i vodenih parkova tijekom epidemije COVID-19* izdanu od strane Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 14.svibnja 2020.g.

_____
(potpis roditelja/skrbnika)

Jarunska 5, 10000 Zagreb
T: +385 (0)1 3637 211
M: + 385 (0)99 3637 211
IBAN: HR7023600001101348556
OIB: 69059779949
info@hapk-mladost.hr
hapk-mladost.hr