

PROPOZICE

na zimní badmintonové soustředění pro mimo klubové hráče

- Termín:** 27. - 29. 12. 2024
- Místo:** Sportovní hala v Českém Krumlově
- Trenéři:** Radek Votava a další členové klubu
- Program:** 8:30 – 9:00 – otevření haly - příjezd
9:00 – 11:30 – 1. společný trénink
11:30 – 13:00 – volno
13:00 – 15:30 – 2. společný trénink
15:30 – 16:00 – volné hraní

Program může být podle počtu účastníků upraven, avšak při zachování časů od 8:00 hodin do 16:00 hodin.

Účastnický poplatek: 1500,- Kč - pro hráče z jiných klubů. Poplatek zahrnuje halu, míče, trenéry, svačina.

Vyplněnou přihlášku pošlete nejpozději do 15. 12. 2024 na email radek.votava@mybox.cz

Radek Votava – předseda klubu
www.badmintonckrumlov.cz

 **OLIVER®**

Partneři SK Badminton Český Krumlov

 **Balcar.**

 **ENERGO**
ČESKÝ KRUMLOV, s.r.o.

CB Auto®

 **INGE TOUR**
Půjčovna kánoí a raftů na Vltavě

 **Profi**
BAUSTOPPE
www.profibaustoppe.com

 **SWIETELSKY**

 **mixit**

 **Pizza**
SERVIS
608 860 111

 **DDM**
Český Krumlov

 **JcBaS**

 **Region**

 **UNIPEX**

 **krumlováci**

 **MPS Comm**

 **BERNER**

 **Prefa**
HUBENOV s.r.o.

ČESKOKRUMLOVSKÝ
deník.cz

 **elsign**

 **ČESKÝ KRUMLOV**

 **PRO-SPORT ČK o.p.s.**
ČESKÝ KRUMLOV

 **ČESKÁ UNIE SPORTU**

 **NÁRODNÍ SPORTOVNÍ AGENTURA**

 **Czech Badminton**

 **Jihočeský kraj**

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA (nejpozději do 15. 12. 2024)

Přihlašujeme svého syna/dceru závazně na zimní badmintonové soustředění konané v Českém Krumlově ve dnech 27. – 29. 12. 2024 a souhlasíme s úhradou účastnického poplatku 1500,- Kč a dalšími podmínkami. Poplatek uhradíme 27. 12. 2024 při nástupu.

Jméno: Příjmení:

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

----- zde odstříhnout -----

Prohlášení o zdravotní způsobilosti (odevzdat při nástupu):

Prohlašuji, že můj syn / dcera:, nemá žádné závažné či jiné zdravotní problémy, které by mu zabraňovaly v plnohodnotném absolvování klubového soustředění konaného v Českém Krumlově od 27. - 29. 12. 2024 a které by ho/ji mohly jakýmkoliv způsobem ohrozit. U mého dítěte se projevují následující chronické problémy (alergie, astma, ...):

* a dlouhodobě užívá následující léky: *

V dne

Podpis zákonného zástupce: _____

* vyplňte pouze, je-li nutné