**PRIHLÁŠKA NA KURZ PLAVCA ZÁCHRANÁRA**

|  |  |
| --- | --- |
| **MENO, PRIEZVISKO:** |  |
| **DÁTUM NARODENIA:** |  |
| **MIESTO NARODENIA:** |  |
| **BYDLISKO:** |  |
| **EMAIL:** |  |
| **TELEFÓNNE ČÍSLO:** |  |

|  |
| --- |
| **VYBERTE KVALIFIKAČNÝ STUPEŇ** |
| [ ]  Kvalifikačný stupeň MODRÁ – rekreačné, rehabilitačné a liečebné bazény a zariadenia  |
| [ ]  Kvalifikačný stupeň BRONZ – bazény |
| [x]  Kvalifikačný stupeň STRIEBRO – otvorené vodné plochy |
| [ ]  Doškolenie [ ]  Preškolenie |

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMÍN ŠKOLENIA:** |  |

|  |
| --- |
| **ČLENSTVO VO VZS SČK / SČK** |
| [x]  Som členom VZS SČK Nové Zámky[ ]  Som členom iného MS VZS SČK / SČK (uveďte kde)[ ]  Nie som členom VZS SČK ani SČK[ ]  Chcem sa stať po kurze členom VZS SČK Nové Zámky |

|  |  |
| --- | --- |
| **V** |  |
| **DŇA** |  |
|  |
| **PODPIS** |

|  |
| --- |
| **POTVRDENIE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA UCHÁDZAČA** **O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI** |
| **MENO, PRIEZVISKO:** |  |
| **DÁTUM NARODENIA:** |  |
| **MIESTO NARODENIA:** |  |
| Ako všeobecný lekár menovaného kurzu som posúdil/a zdravotný a mentálny stav vyššie uvedeného uchádzača a vyhlasujem, že uchádzač**JE SPÔSOBILÝ\* / NIE JE SPÔSOBILÝ \***aby sa zúčastnil vyššie vybratého kurzu.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **V** |  |
| **DŇA** |  / / 20 |
|  |
| **PODPIS A PEČIATKA LEKÁRA** |

\*Nehodiace sa prosím preškrtnite.

**POKYNY KU ŠKOLENIU**

Podmienky účasti:

* Veková hranica min. 18 rokov,
* Vyplnenú prihlášku v digitálnej forme poslať na kontaktný mail,
* Vytlačenú a podpísanú prihlášku spolu s lekárskym potvrdením o zdravotnej spôsobilosti priniesť so sebou na kurz,
* Splnenie vstupných plaveckých testov podľa vybratého kvalifikačného stupňa,
* Zaplatenie kurzového poplatku (pri prezentácii) alebo predložiť potvrdenie o úrade bankovým prevodom.

Na kurz si treba priniesť:

* Písacie potreby, zošit / poznámkový blok,
* 2x farebnú fotografiu 2,5x3cm.

Harmonogram školenia Vám zašleme po uzávierke kurzu.

Súhlas so spracovaním osobných údajov:

Vyplnením a odovzdaním tejto prihlášky prehlasujete že ste sa oboznámili so súhlasom o spracovaní Vašich osobných údajov na účely kurzu a vystavenia preukazu.

Súhlas so spracovaním osobných údajov nájdete tu:

<https://vzs-nz.sk/assets/files/Shlas-sospracovanmosobnchdajovnakurz.pdf>

Kontaktný email: skoliacestredisko@vzs-nz.sk

Telefónne číslo: +421 944 436 202