

GYMNASTKORT SOLLEFTEÅ GYMNASTIKKLUBB

2025/2026

Barnets namn _____ Personnummer _____

Gruppens namn _____

Övrig information, t.ex. allergier eller annat klubben behöver ha kännedom om:

☐ Jag som vårdnadshavare godkänner att mitt barn får filmas och fotas i gymnastikens lokaler samt på uppvisningar/tävlingar. Detta för att kunna användas till lagets sociala medier eller vid andra tillfällen som exempelvis tidningsrepotage.

När ditt barn tävlar på nivå 7 kan de få önska fler träningstillfällen per vecka. Nivå 6 och uppåt ska ha ytterligare ett. Hur många gånger vill/ska ditt barn träna?

Träningstillfällen per vecka ☐ 2 gånger ☐ 3 gånger ☐ 4 gånger

Denna ruta fylls i av ledaren

Prova på v35 ☐ v36 ☐ v37 ☐ Fortsätter ☐ Slutar ☐

Med start datum: _____ Datum _____

Vårdnadshavare 1

Namn _____ Telefon _____

Adress, postnummer, postort _____

Epost: _____

OBS! E-fakturan kommer skickas till denna, var vänlig skriv tydligt!

Vårdnadshavare 2

Namn _____ Telefon _____

Adress _____

VIKTIGT!

I Sollefteå Gymnastikklubb arbetar vi tillsammans för att få till bra träningar och aktiviteter för alla aktiva. Därför är det viktigt att du som vårdnadshavare ställer upp för att samla in pengar till klubben. Det kan vara att ställa upp med din tid vid olika aktiviteter, tex städning

av lokalen, bemanning och bakning vid fikaförsäljning under uppvisningar, Nipyran osv. Pengarna som dras in går bland annat till lokalhyra, inköp av utrustning och ledarlöner.

Detta dokument sparas i syfte om att kunna skicka fakturor, och om vi skulle behöva komma i kontakt med gymnasten eller föräldern. När barnet slutar så tas informationen bort (enligt GDPR).

☐ Härmed intygar jag att jag som vårdnadshavare tagit del av ovanstående information och förbinder mig att delta vid aktiviteter jag tilldelas.

Namn

Datum