

SUGLASNOST RODITELJA / ZAKONSKOG SKRBNIKA

FRACASSO GYM d.o.o. – Legacy Gym

Ja, _____, kao roditelj / zakonski skrbnik
maloljetne osobe

potvrđujem da sam upoznat/a s Kućnim redom i Odlukom o treniranju maloljetnih
osoba Legacy Gyma te prihvaćam njihovu primjenu.

Potvrđujem da je maloljetna osoba zdravstveno sposobna za rekreativno vježbanje.

Suglasan/na sam da zaposlenici Legacy Gyma mogu uskratiti korištenje usluga ili
prekinuti trening ako nisu ispunjeni sigurnosni uvjeti ili pravila Legacy Gyma.

Mjesto i datum: _____

Ime i prezime roditelja / skrbnika: _____

Kontakt telefon: _____

Potpis: _____