

Ispunjava roditelj!

IME I PREZIME DJETETA: _____

Datum rođenja: _____

Adresa: _____

OIB djeteta: _____

IME OCA: _____

Broj telefona i e - mail adresa: _____

IME MAJKE: _____

Broj telefona i e - mail adresa: _____

NAPOMENE (molim Vas da navedete pojedinosti vezane uz zdravlje Vašeg djeteta s kojim bi treneri trebali biti upoznati, npr; alergije, astma, fizička ograničenja, i sl.) _____

SUGLASAN/SUGLASNA sam za davanje osobnih podataka mog djeteta Zagrebačkom plivačkom klubu u svrhu potreba upisa u Školu plivanja. Podatci ostaju čuvani i zaštićeni u bazi kluba usklađeni sa Zakonom o čuvanju osobnih podataka. DA - NE (zaokružiti)

SUGLASAN/ SUGLASNA sam da se moje dijete fotografira i snima za vrijeme plivačkih treninga i natjecanja te se materijali koriste isključivo za izvještavanje u javnim glasilima, elektronskim medijima i promotivnim aktivnostima Zagrebačkog plivačkog kluba. DA – NE (zaokružiti)

Potpis roditelja:

Ispunjava voditelj testiranja!!!

PLIVANJE

- | | |
|---|---|
| 1) ne može preplivati dionicu od 25 m | 0 |
| 2) nesigurno preplivavanje dionice od 25 m u okomitom položaju | 2 |
| 3) preplivavanje dionice od 25 m na prsima | |
| a) „pesek“ b) prsno ruke – kraul noge c) kraul ruke – prsno noge sa glavom vani | |
| d) prsno | 3 |
| 4) preplivavanje dionice od 25 m na prsima i leđima | |
| a) pliva na leđima b) prsno ruke – kraul noge c) prsno d) kraul sa glavom vani | |
| e) kraul sa pravilnim disanjem | 4 |

SKOK

- | | |
|--------------------|-----|
| 1) ne skače u vodu | 0 |
| 2) skok na noge | 1 |
| 3) skok na trbuh | 1,5 |
| 4) skok na glavu | 2 |

DISANJE

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1) ne uranja glavu | 0 |
| 2) uranja glavu ali ne ispuhuje zrak | 1 |
| 3) uranja glavu i ispuhuje zrak | 3 |

PLUTANJE

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1) ne pluta | 0 |
| 2) pluta na leđima ili prsima | 2 |
| 3) pluta na leđima i prsima | 3 |

ZBROJ BODOVA:

Datum testiranja: _____

Testirao/la: _____