

SKP NYMBURK



PŘIHLÁŠKA DO SKP Nymburk

Příjmení:

Jméno:

Datum narození

Rodné číslo:

Ulice/čp. :

Obec:

PSČ :

Telefon:

Email:

žádám o členství v oddílu:

.....
Podpis

/ u osob mladších 15 let podpis zákonného zástupce/

U osob mladších 15 let spojení na rodiče:

Matka:

Příjmení:

Jméno:

Telefon

Email

Otec:

Příjmení:

Jméno:

Telefon

Email