



PLAVALNI KLUB KOPER

Podatki o članu

AP R T Š NŠP ZPT

Ime _____ Priimek _____
Datum rojstva _____ Kraj rojstva _____
Naslov _____ Kraj / poš.št. _____
GSM _____ Telefon doma _____
EMŠO _____ E-mail _____

2019/20

Opozorite nas na morebitne zdravstvene težave (npr. alergije, astma ipd.)

.....
(podpis člana, starejšega od 7 let)

Izjava staršev oz. zakonitih zastopnikov

Za člane do dopolnjenega 7. leta starosti:	S podpisom izjavljam, da včlanjujem svojega otroka v Plavalni klub Koper. (podpis starša ali zakonitega zastopnika)
---	--

Za člane od 7. do 15. leta starosti:	S podpisom izjavljam, da soglašam z vključitvijo otroka v Plavalni klub Koper. (podpis starša ali zakonitega zastopnika)
---	---

Podatki o starših ali zakonitih zastopnikih

Mama _____	Oče _____
Telefon/GSM _____	Telefon/GSM _____
E-mail _____	E-mail _____

Koper/Žusterna: _____

ZPT: _____

Članarina: _____

PRISTOPNICA

PLAVALNI KLUB KOPER