



PŘIHLÁŠKA DO FLORBALOVÉHO KLUBU FbC Strakonice

Hráč:

Jméno: _____

Příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Adresa: Ulice: _____

Obec: _____

Telefon: _____

Email: _____

Pojišťovna: _____ kód pojišťovny: _____

Zdravotní
Způsobilost: způsobilý jiný: _____

Potvrzení o zdravotní způsobilosti:

Ano Ne - vydá sportovní lékař

Zákonný zástupce:

Jméno: _____

Příjmení: _____

Telefon matky: _____

Telefon otce: _____

Email matky: _____

Email otce: _____

Podpis hráče

Podpis zákonného zástupce