

ZGODA RODZICÓW* - SEZON 2014/2015

Nazwa zespołu**	
Imię i nazwisko zawodnika**	
Adres zamieszkania **	
Data urodzenia**	
Imię i nazwisko rodzica**	
Adres zamieszkania**	
Nr telefonu rodzica**	

* Druk należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym.

**Pola obowiązkowe

Ja wyrażam zgodę aby mój niepełnoletni syn/ córka

.....
imię i nazwisko

uczestniczył (a) w rozgrywkach piłkarskich Elbląskiej Ligi Halowej.

Opiekunem mojego syna/córki jest kierownik drużyny :

Telefon kontaktowy opiekuna :

.....
Czytelny podpis rodzica

2. Prawidłowo wypełniony druk należy złożyć w oryginale na ręce organizatora przed pierwszym meczem dziecka.

Dodatkowych informacji udziela: Roman Hanusik tel.781393294 , biuro1@data.pl