

P Ř I H L Á Š K A

Lední hokej

Škola bruslení

Jméno a příjmení dítěte: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo dítěte (variabilní symbol plateb): _____

Místo narození: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Jméno a příjmení matky: _____

Kontaktní email: _____

Mobilní telefon: _____

Jméno a příjmení otce: _____

Kontaktní email: _____

Mobilní telefon: _____

datum

podpis zákonného zástupce

HC MĚSTO RYCHNOV NAD KNĚŽNOU

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

(vyplní lékař)

Potvrzuji, že _____, datum narození _____,
zdravotní pojišťovna _____, je schopný/á aktivně provozovat lední hokej / školu bruslení.

Poznámka – eventuelní zdravotní obtíže (alergie apod.) prosíme uvést.

datum

razítko a podpis lékaře