

# Přihláška do Mládeže Záchranného týmu ČČK Ostrava

Jméno:

Příjmení:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Adresa:

Číslo OP

Rodné číslo

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

PSČ:

Pojišťovna:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Datum narození:

Věk:

|  |
|--|
|  |
|  |

Kontakty

tel.:

e-mail:

ICQ:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

## **Činnost v ČČK**

Základní skupina ČČK:

*(nebo jiné zařazení v ČČK)*

|  |
|--|
|  |
|--|

Kurzy ČČK:

| název kurzu | zkratka | rok absolvování | rok ukončení licence |
|-------------|---------|-----------------|----------------------|
|             |         |                 |                      |
|             |         |                 |                      |
|             |         |                 |                      |
|             |         |                 |                      |

Datum:

.....

Podpis žadatele:

.....

Podpis zákonného zástupce:

.....