

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:

.....