



Žádost / Souhlas

* člena FAČR

zákonného zástupce

opatrovníka

* o registraci hráče FAČR

o zrušení registrace hráče

o registraci lékaře

s přestupem hráče

o registraci jiného zdravotníka

o registraci maséra

Jméno a Příjmení

ID

RČ

Adresa

E-mail

Mobilní telefon

Do klubu

ID klubu

Souhlas s přestupem je neodvolatelný, pokud dochází k přestupu bez souhlasu mateřského klubu.

V

dne

Podpis oprávněné osoby

* Zaškrtněte pouze jedno pole.