

טופס הרשמת שחיין/נית באיגוד השחייה בישראל

חובה לצרף לטופס זה צילום או ספח תעודת זהות ואישור ביצוע בדיקה רפואית

שם משפחה:	<input type="text"/>	שם פרטי:	<input type="text"/>
ארץ לידה:	<input type="text"/>	מין (בחר) <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
מספר תעודת זהות (חובה לציין 9 ספרות)	<input type="text"/>		
תאריך לידה	<input type="text"/>	ענף הפעילות (בחר) <input type="checkbox"/> שחייה <input type="checkbox"/> שחייה אומנותית <input type="checkbox"/> מאסטרס <input type="checkbox"/>	
שם משפחה בלועזית	<input type="text"/>	שם פרטי בלועזית	<input type="text"/>
שם האגודה	עונת פעילות <input type="text"/> / <input type="text"/>		
יישוב מגורים	<input type="text"/>		
דוא"ל	<input type="text"/>		
טלפון סלולרי	<input type="text"/>	טלפון נוסף	<input type="text"/>

חתימת מורשה חתימה באגודה

חתימת ההורים
(עבור שחיין/ית עד גיל 18)

חתימת השחיין/ית

חותמת האגודה

תאריך

לשימוש האיגוד בלבד

אישור קבלה