



Zrušit registraci

- | | |
|----------|----------------|
| * hráče | rozhodčího |
| trenéra | administrátora |
| delegáta | zdravotníka |
| lékař | maséra |

Jméno a Příjmení

ID

RČ

Adresa

E-mail

Mobilní telefon

Název klubu/
pobočného spolku

ID klubu

V souladu s příslušnými ustanoveními Evidenčního a registračního řádu ukončuji podpisem této listiny svou registraci ve FAČR, a to dle výše uvedené identifikace.

Podpis oprávněné osoby

Razítko

Statutární zástupce/ci klubu

Jméno a příjmení (hůlkovým písmem)

Podpis

Jméno a příjmení (hůlkovým písmem)

V

dne

Podpis

* Zaškrtněte pouze jedno pole.