# П Р И С Т У П Н И Ц А

Изјављујем да ја, доле потисани, добровољно приступам као спортиста и члан клубу

Назив из АПР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса из АПР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Матични број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПИБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Овом изјавом дајем своју изричиту сагласност да ме напред наведени клуб, може за такмичарску годину регистровати као свог члана.

Изјављујем да немам обавеза ни према иједном другом клубу који је регистрован као члан Националног спортског савеза слепих и слабовидих.

До сада ни/сам био учлањен у

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Изјаву да-о/ла:

Пуно име и презиме име оца/мајке

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЈМБГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Својеручни потпис

Контакт телефон: Имејл адреса:

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

* Потписом приступнице лице прихвата спортска правила, акте и одлуке Националног спортског савеза слепих и слабовидих.

НАПОМЕНА: *За лица испод 16 година, обавезан је потпис једног од родитеља или старате*ља