



# 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.