**WSC tagfelvételi kérelem**

|  |  |
| --- | --- |
| Név: |   |
| Anyja neve: |   |
| Születési hely, idő: |   |
| Lakcím: |   |
| Személyi ig.sz.: |   |
| TAJ szám: |   |
| e-mail cím: |   |
| Telefonszám: |   |
| Ha kiskorú a szülő telefonszáma: |   |
| Rajtszám: |   |

Kérem felvételemet a Wind Sport Club Egyesület tagjainak sorába. Az egyesület alapszabályát elfogadom. A belépéssel tudomásul veszem, hogy az egyesület tagdíját minden év március 31. napjáig be kell fizetnem. Kijelentem, hogy a sporttevékenységet kizáró egészségügyi problémám nincs.

Dátum:

……………………………………………………….

 kérelmező