**טופס הרשמת שחיין/נית באיגוד השחייה בישראל**

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

שם משפחה: ­­­­­­­­­­­­­ שם פרטי

ארץ לידה: ­­­ מין (בחר) זכר נקבה

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

מספר תעודת זהות (חובה לציין 9 ספרות)

תאריך לידה שם האב תאריך בדיקה רפואית

ענף הפעילות (בחר) שחייה שחייה אומנותית מאסטרס

שם משפחה בלועזית שם פרטי בלועזית

שם האגודה מס' האגודה

מס' דרכון תוקף דרכון

תאריך עליה מספר אישי בצה"ל

תאריך גיוס תאריך שחרור

שם היישוב רחוב

מס' הבית מיקוד

ת.ד. מיקוד

דוא"ל

טלפון בבית (כולל איזור חיוג) פקס בבית

טלפון בעבודה פקס בעבודה

טלפון סלולרי ביפר

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 חתימת השחיין/נית חתימת ההורים(עד גיל 18) חתימת מורשה חתימה באגודה

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 חותמת האגודה

 לשימוש האיגוד בלבד

הודעת חיוב קבלה

 ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 חותמת איגוד השחייה בלבד