

mail je aanvraag naar: info@hvchelchteren.com



Datum	<input type="text"/>			
Naam	<input type="text"/>	Voornaam	<input type="text"/>	
Straat	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>	
Gemeente	<input type="text"/>	Postcode	<input type="text"/>	
	Geb.Datum	<input type="text"/>	Geb.Plaats	<input type="text"/>
	RijksRegisterNr.	<input type="text"/>	Nationaliteit	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>			
	Telefoon	<input type="text"/>	GSM	<input type="text"/>

In noodgeval verwittig :

Naam	<input type="text"/>		
Adres	<input type="text"/>		
Telefoon	<input type="text"/>	GSM	<input type="text"/>
Relatie tot lid : duid aan	Ouder	<input type="text"/>	
	Grootouder	<input type="text"/>	
	Ander	<input type="text"/>	

Opmerkingen:

Gelieve dit formulier correct in te vullen.

Bezorg het terug aan de trainer/ster.

Men is pas in regel met de verzekering:

- Indien de aansluitingskaart correct is ingevuld en
- gevalideerd is met stempel en handtekening van de huisarts.