



Deltagarkort för

GSKK

Namn:	
Telefonnummer/Mobiltelefon:	
E-mail-adress(er):	
Adress:	
Postnr:	Allergier/Medicinska kommentarer
Personnummer:	

Anhörig 1 :	<u>Relation:</u> <input type="checkbox"/> Mamma: <input type="checkbox"/> Pappa: <input type="checkbox"/> Annan:
Telefonnummer/Mobiltelefon:	
E-mail-adress(er):	

Anhörig 2 :	<u>Relation:</u> <input type="checkbox"/> Mamma: <input type="checkbox"/> Pappa: <input type="checkbox"/> Annan:
Telefonnummer/Mobiltelefon:	
E-mail-adress(er):	

- Internetpublicering av namn och lagbild.
- Internetpublicering av bilder från match mm.
- Kontaktinformation till medlemmar.
- Internetpublicering av kontaktinformation, (För ledare)

Godkänner att dessa uppgifter används.
