



## Till nya medlemmar i Skara IK

Namn \_\_\_\_\_

Pers.nr12 siffror \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Förälder 1 namn \_\_\_\_\_

telefonnr \_\_\_\_\_

mailadress \_\_\_\_\_

Förälder 2 namn \_\_\_\_\_

telefonnr \_\_\_\_\_

mailadress \_\_\_\_\_

Jag godkänner att följande information läggs ut på Skara IK's hemsida

	JA	NEJ
Namn		
Enskild bild		
Grupp bild		

Bra att veta. Tex allergi, astma, diabetes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Underskrift av förälder**